medicina salud

zonahospitalaria

medikuntza eta osasuna

ospitaleko gunea nafarroa

navarra

www.zonahospitalaria.com añoX septiembreoctubre2015 nº55

Educación = Futuro

2 Alimentarse para la vuelta al cole **3** En la vuelta al 'cole', no dejes sitio a los piojos **4** Trastornos del desarrollo sexual: intersexualidad **6** Syntonic **7** Detectar a tiempo la hipoacusia infantil, una prioridad **8** La esclerosis con microespuma elimina las varices... **9** Cómo cuidar el paciente sus implantes dentales **10** Dile adiós al dolor de espalda **11** Me duele la espalda, los huesos, las articulaciones, ¿voy al reumatólogo? **12** Ausolan y los comedores sostenibles **13** Todas las varices se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirófano **14** Atención hospitalaria y domiciliaria para alumnos ingresados **15** Alteraciones visuales **16** Diagnóstico por imagen **17** Educación en la prevención oral **18** Redes sociales... **19** Dolor de espalda en los niños **22** Lo que debemos saber del "codo de niñera" **23** El síndrome postvacacional... **24** Cápsula endoscópica de intestino delgado **25** Repercusiones de la hipoacusia en el colegio **26** Litiasis renal **28** Conozcamos nuestro cuerpo: Las glándulas salivales **30** Vuelta al cole: la visión y su relación con el aprendizaje.

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026.

© **PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

Alimentarse para la vuelta al cole

María Marqués Felui
Dietista-Nutricionista, Colegiada NA/00105

Después de las vacaciones y de llevar un ritmo de vida mas relajado, llega el momento de volver a las rutinas: clases, madrugones, actividades extraescoleres...

El cuerpo debe hacer frente a una serie de adaptaciones que cuestan a niños y padres, y es normal que aparezca más cansancio.
Para grantizar un óptimo rendimiento físico e intelectual, es necesario respetar las horas de descanso y asegurar una correcta alimentación, que sea saludable, nutritiva y divertida.
Mantener una distribución de 5 comidas al día, asegura un aporte continuo de alimentos que proporcionan la energía necesaria para el día día.

Desayuno

El desayuno es la comida más importante del día y debe aportar el 20-25% de las calorías diarias. Es importante que los niños desayunen en casa.
El **estudio En-Kid**, revela que un 8,2% de los jóvenes españoles acuden al colegio sin desayunar, y de los que lo hacen, sólo el 5% hace un desayuno equilibrado.
Son datos preocupantes si analizamos las consecuencias que conlleva: tras el ayuno nocturno, disminuyen los niveles de glucemia, y si no se desayuna, se empieza la jornada sin energía y aparece el decaimiento, la falta de concentración, condicionando el aprendizaje.
El desayuno debe incluir una ración de lácteos (leche y yogur), cereales (pan, cereales, galletas) y algo de fruta.
Para estimular a los jóvenes/niños que desayunen, es fundamental que los padres también lo hagan, e intentar compartirlo todos juntos.
Levantarse un poco antes para disponer de unos 15 minutos para desayunar, y hacerles partícipes en su preparación, son estrategias que ayudan a afianzar este hábito.

Alumuerzo y merienda

Son dos colaciones cuya finalidad es aportar un plus de energía para llegar a la siguiente comida con fuerzas.
Procurar incluir alimentos que aporten nutrientes para el crecimiento (fruta, lácteos, algo de pan o cereales...), evitando la bollería industrial, los dulces y snacks.

Comida y Cena

Durante el periodo de crecimiento, aumentan las necesidades de energía y nutrientes, especialmente en proteínas de alto valor biológico, calcio, hierro, zinc, fósforo, magnesio, vit c, y complejo B.
Si los niños comen en el colegio, es necessario conocer el menú escolar para poder programar y complementar el resto de comidas.
El menú diario debe incluir mayoritariamente cereales, legumbres, vegetales y frutas, y porciones moderadas de proteicos (carnes, pescados, huevos y lácteos). La cena debe ser ligera y de fácil digestión para favorecer un descanso reparador.
Es importante buscar momentos para comer en familia.
Los niños que comen solos, tienden a presentar un patrón alimentario menos saludable que los que lo hacen con sus padres.

Si el momento de sentarse a comer es agradable y distendido, aumentan las probabilidades de que los pequeños estén más dispuestos a comer sano y variado. Pues una comida en un ambiente tranquilo "nutre" más que la más saludable en un entorno solitario y hostil.

En la vuelta al 'cole', no dejes sitio a los piojos

Prevenir el contagio y aplicar correctamente los tratamientos pediculicidas son dos de las claves para que los piojos no se conviertan en un quebradero de cabeza para las familias. Desde Cinfa, nos desvelan todos los detalles para ganar el combate de la pediculosis.

Los piojos no sólo suponen una molestia para los niños, principales víctimas de estos insectos en cada comienzo del curso escolar, sino que también para los padres se convierten en unos enemigos fastidiosos y difíciles de erradicar. Desde Cinfa, la doctora Aurora Garre nos aclara cómo culminar con éxito esta batalla, que abarca la prevención, y también la eliminación, si llegasen a aparecer.

> **"Consulta con tu farmacéutico para recibir asesoramiento sobre los productos y resolver dudas**

Lo más importante es distinguir para qué sirve cada producto y aplicarlos correctamente, ya que los errores suelen ser habituales, y en consecuencia, fatales. "Los tratamientos pediculicidas deben utilizarse únicamente si se confirma la infestación, nunca antes. En caso contrario, se pueden generar resistencias que harán más difícil acabar con los piojos si realmente aparecen. Hay que utilizar en cada caso el producto correcto: para prevenir, un repelente, y para eliminar piojos y/o liendres, un pediculicida", aclara la Dra. Garre.

Así mismo, para ayudar a resolver exitosamente los casos de pediculosis en las familias, la experta recomienda respetar concienzudamente los pasos y momentos del tratamiento, y acudir a la farmacia para recibir asesoramiento por parte de un profesional y resolver dudas. "Las claves que todos debemos recordar son: prevenir, revisar el cabello con la ayuda de la lendrera, y eliminar, siguiendo las instrucciones del tratamiento que indican el fabricante y el farmacéutico. Además, podemos ayudarnos de aplicaciones para móviles, que actúan como sistema de alertas para avisarnos en cada momento".

Pasos para ganar la batalla a los piojos

1. Ante los primeros indicios, revisa. El primer síntoma de la pediculosis es el prurito del cuero cabelludo. Ante los primeros picores, o si sabes de casos recientes en el entorno familiar o escolar, revisa el pelo con la lendrera, un peine especial de púas metálicas diseñado para arrastrar piojos y liendres mechón a mechón. Haz especial hincapié en la zona de la nuca o tras las orejas, ya que son las zonas más cálidas en las que suelen ubicarse las liendres. Para facilitar el proceso, podemos colocar un paño blanco sobre los hombros para asegurarnos de que vemos los piojos cuando caen tras arrastrarlos del pelo.

2. Elige el mejor tratamiento. Si confirmas que hay piojos, acude a la farmacia para hacerte con un tratamiento pediculicida. El farmacéutico te ayudará a elegir el más adecuado, ya que existen diferentes formatos o composiciones. En cambio, si no vemos piojos pero existe riesgo, hay que aplicar un repelente para prevenir.

3. Aplica los pediculicidas correctamente. Siempre aplica el producto siguiendo las recomendaciones del fabricante, y tras hacerlo, lava la cabeza con el champú habitual y aclara. No olvides realizar este tratamiento a todos los afectados a la vez, para evitar la reinfestación.

4. No utilices secadores. Es importante secar el pelo al aire libre, nunca con secador, ya que el calor inactiva el efecto insecticida residual del producto y este pierde eficacia.

5. Peina y retira. Tras aplicar el pediculicida, ese mismo día y los posteriores, peina el cabello con una lendrera para retirar los piojos muertos y las liendres.

6. Comprueba a toda la familia. Habrá que comprobar si otros miembros de la casa se han contagiado y, en caso afirmativo, proceder a aplicar el tratamiento a la persona contagiada.

7. Lava la ropa y limpia la casa. Los utensilios como peines o cepillos deben ser lavados con pediculicidas o hervidos en agua. Además, preventivamente, habrá que lavar toda la ropa de los afectados, aspirar muebles y sofás, y aislar los objetos que no puedan lavarse en una bolsa cerrada durante varios días.

8. Avisa en el colegio. La información es clave para prevenir nuevos contagios. Una advertencia a tiempo puede evitar que otros niños se infesten y el ciclo vuelva a comenzar.

9. Haz una segunda revisión. El ciclo de eclosión de las liendres dura siete días. Por eso, transcurrido ese tiempo, deberemos revisar de nuevo el cuero cabelludo con la lendrera, para comprobar que no haya piojos vivos, y repetir el tratamiento, porque las liendres pueden persistir, ya que se adhieren al pelo pese a no existir piojos vivos.

10. Prevén un nuevo contagio. Para evitar que vuelvan a aparecer, existen productos repelentes específicos que nos ayudarán a sortear un nuevo ataque.

Trastornos del desarrollo sexual: intersexualidad

Dra. C. Rocío Sierra Labarta. *Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).*
Dra. Cristina Soler González. *Especialista en Psiquiatría. Hospital Miguel Servet (Zaragoza).*

La diferenciación sexual es un proceso dinámico y secuencial que conlleva varios niveles que biológicamente se pueden clasificar en el nivel genético, el gonadal y el genital, a los que hay que añadir el nivel psicológico y el social. La fisiología considerada como normal, diferencia a los sexos en masculino y femenino, y en ellos tiene que existir la concordancia entre los tres niveles de diferenciación: genético (XX o XY), gonadal (ovario y testículo) y genital (genitales internos y externos femeninos o masculinos). Cuando existe alguna discordancia entre ellos, hablamos de estado intersexual.

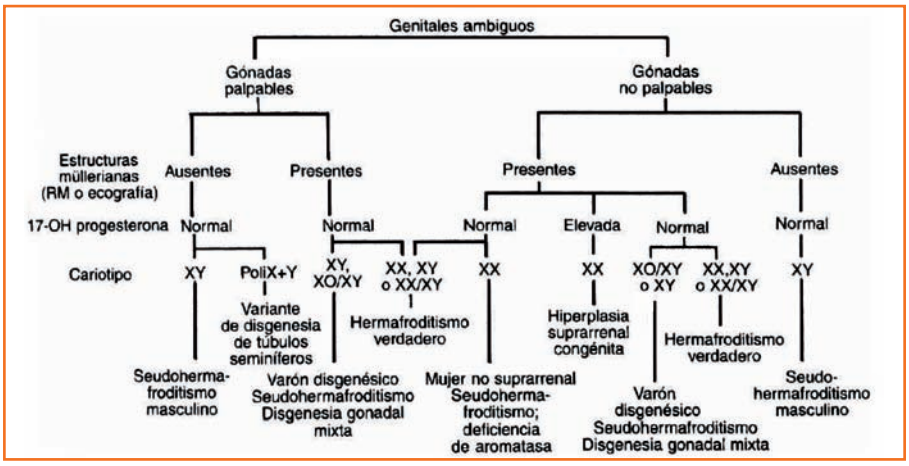


Figura 1: Resumen del algoritmo diagnóstico del recién nacido con genitales ambiguos

¿Qué es la diferenciación psicosexual?

Lo seres humanos tienen una conducta sexual dimórfica que abarca varios aspectos:

- La identidad sexual: es la identificación de uno mismo como mujer o como hombre.
- El rol sexual: son aquellos aspectos de la conducta en los que las mujeres y los hombres parecen diferenciarse.
- La orientación sexual: es la elección de la pareja sexual (heterosexual, homosexual o bisexual).
- Las diferencias cognitivas: diferentes capacidades intelectuales, influenciadas por el nivel de educación.

¿Qué son los trastornos intersexuales?

Los trastornos de desarrollo sexual son trastornos de origen genético. Generalmente este término se utiliza para designar a los recién nacidos que presentan genitales ambiguos, es decir, que no presentan al nacimiento una evidencia clara al sexo que deben ser asignados.

En algunas ocasiones, este estado no se diagnostica en el momento del nacimiento, siendo en la pubertad cuando es detectado, bien porque no aparecen los caracteres sexuales secundarios esperados (vello axilar o pubiano, cambios en la voz...) o más adelante, cuando se consulta por infertilidad.

Así mismo, algunas de estas personas presentan enfermedades médicas asociadas debido a las alteraciones hormonales o enzimáticas que acompañan al estado intersexual. En otras ocasiones, la intersexualidad está presente en otros miembros de la familia.

Por desgracia, la ambigüedad sexual ha sido y en diversos sectores continúa siendo objeto de burla, rechazo, miedo, vergüenza... siendo personas estigmatizadas por una parte de la sociedad.

Ello ha hecho, que tanto las personas intersexuales como sus familiares, durante mucho tiempo hayan intentado ocultarlo o disimularlo, con la consiguiente carga y estrés emocional.

La clasificación de los trastornos del desarrollo sexual ha evolucionado a medida que ha mejorado el conocimiento de los mecanismos etiológicos de la diferenciación sexual. Existen numerosas clasificaciones, pero la más habitualmente utilizada es aquella que se basa en los trastornos de la morfología de la gónada. Así se establecen diversas categorías que se encuentran resumidas en la Figura 1.

¿Cómo se diagnostican?

El diagnóstico diferencial de un recién nacido con hipospadias o ambigüedad de los genitales externos se considera una urgencia diagnóstica y terapéutica, en el caso de los diagnosticados de hiperplasia suprarrenal congénita, y de los que tengan sexo genético femenino (46XX).

El resto de los casos no constituyen una urgencia vital, pero aún así, se debe considerar una emergencia médica y psicosocial, y exponerla con gran sensibilidad a las familias. La finalidad es conseguir un diagnóstico preciso del trastorno intersexual y, con la participación de los padres, asignar un sexo apropiado en función de las características anatómicas y la posibilidad funcional de los genitales y del aparato reproductor. Pero conseguir realizar un diagnóstico etiológico completo y correcto es complicado, necesitándose exploraciones clínicas, analíticas, estudios genéticos y de imagen. No obstante existen limitaciones diagnósticas acerca del funcionamiento sexual y la fertilidad, y serán pacientes que tendrán riesgo de presentar tumores malignos gonadales en un futuro.

Además las familias deben entender que la evolución psicosocial de los niños, no puede ser la misma que la del sexo que inicialmente se le atribuyó al recién nacido.

En general, los fundamentos a la hora de asignar un sexo u otro al recién nacido son: su capacidad de reproducción; la posibilidad de una buena función sexual; el uso de procedimiento médico-quirúrgicos mínimos; la presencia de un estado general apropiado para el sexo elegido; una identidad sexual estable y su bienestar psicosocial.

¿Tiene tratamiento?

El manejo de los trastornos intersexuales sigue siendo un proceso complicado, así como su aceptación social, careciendo en muchas ocasiones de un enfoque interdisciplinario que trate al individuo en su totalidad, teniendo en cuenta su complejidad y sus particularidades. En el caso de los pseudohermafroditismos femeninos, la asignación es a sexo femenino. En las disgenesias gonadales mixtas, los hermafroditismos verdaderos y los pseudohermafroditismos masculinos, la asignación del sexo se suele realizar lo más acorde a la posibilidad de reconstrucción de los genitales externos y la posible funcionabilidad de las gónadas. Generalmente tiene más probabilidades de éxito funcional la asignación a sexo femenino. En ocasiones se requiere extirpar las gónadas, aquellos que no sean ovarios, para evitar el riesgo de degeneración tumoral.

En el caso de que la asignación de sexo sea a masculino, los testículos deberán palparse en las bolsas escrotales. La reconstrucción de los genitales externos suele ser compleja y requiere muchas veces más de una intervención. Los tratamientos hormonales sustitutivos se realizan a partir de la pubertad, según el sexo asignado y la funcionabilidad de las gónadas que no se hayan extirpado.

No obstante, una parte de las personas intersexuales sienten que han sido sometidas a cirugías mutilantes en la infancia destinadas a modificar un cuerpo no aceptado culturalmente, donde no ha sido respetada su autonomía de decisión así como la integridad de su cuerpo. En ocasiones, se ha educado a una persona en el género equivocado, y en estos casos, es especialmente importante no haber hecho cirugías innecesarias.

¿Cómo han influido los medios de comunicación?

Los trastornos del desarrollo sexual continúan generando atención en los medios de comunicación. Durante mucho tiempo se ha realizado un retrato monstruoso de estas personas plagado de sensacionalismos, que no sólo han dañado a estas personas directamente, si no que también ha dificultado el entendimiento del estado intersexual por la población en general. A pesar de la libertad sexual y la apertura social que se vive hoy en día, la intersexualidad continúa siendo objeto de negación, censura y rechazo en un sector de la población.

Afortunadamente, las diferentes entidades a favor de los derechos humanos siguen impulsando entre los Estados la defensa, la visibilización, la justicia, la investigación, y la difusión del conocimiento a nivel global, de los trastornos del desarrollo sexual, para conseguir que la población general se conciencie en el respeto y la aceptación de las diferencias existentes entre las de personas.

OPTICA NAVARRA
CENTRO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA NEUROCOGNITIVA Y COMPORTAMENTAL
www.opticanavarra.com | info@opticanavarra.com
Pamplona: Arrieta, 29 esquina Bergamín s/n | 948 22 09 13
Barañain: Avda. Pamplona, 13 bajo | 948 18 32 13
Estella: San Andrés, 2 | 948 55 24 61
Peralta: Avda. de la Paz, 5 | 948 71 31 02

Syntonic

Beatriz Irigaray
Optometrista corportamental en Óptica Navarra

Syntonic, que también se conoce como Fototerapia Optométrica, es actualmente la rama más avanzada de la ciencia clínica Optométrica. Consiste en el empleo de frecuencias visibles de la luz o color, a través del Sistema Visual, para mejorar la atención visual y capacidad para comprender lo que vemos.

La Fototerapia Syntonic se utiliza desde hace más de 50 años en EEUU en el campo de la Optometría y está probada como un recurso tanto seguro como efectivo, con un alto nivel de resultados con éxito.

La Fototerapia Syntonic es un tratamiento efectivo para problemas visuales y todos los relacionados con la visión, tales como:

- ambliopías (ojo vago)
- estrabismo
- problemas acomodativos y binoculares
- consecuencias visuales del estrés
- traumatismos
- problemas de lectura,
- falta de atención.

A menudo la Fototerapia Syntonic es un tratamiento primario o se puede utilizar de manera conjunta con otros tratamientos como la Terapia Visual Neurocognitiva.

El objetivo de la Fototerapia Syntonic es tratar las condiciones visuales equilibrando el sistema nervioso autónomo, responsable del control de nuestro campo de percepción visual. La luz que entra a través de los ojos no solamente nos permite ver sino también une otros importantes centros cerebrales como el hipotálamo y la glándula pineal para permitir que ocurra el proceso normal de la visión.

Así, la Fototerapia Optométrica, puede actuar como una poderosa herramienta para estimular la bioquímica del cerebro por medio del sistema retino-hipotalámico.

Fototerapia Optométrica y Visión

Los niños con problemas de aprendizaje y adultos bajo estrés visual tienen con frecuencia un campo funcional de percepción visual reducido. Esto afecta al volumen de información que pueden procesar a través del sistema visual. Un campo de percepción visual reducido afecta a todos los aspectos de la vida diaria, lo que incluye logros académicos, productividad en el trabajo y rendimiento deportivo.

Los síntomas de un campo de percepción visual limitado incluyen:

- la perdida de lugar durante la lectura,
- saltarse palabras o líneas,
- palabras que se mueven en la página
- escasa comprensión.
- dificultades con el equilibrio,
- la coordinación
- la práctica deportiva.

La Evaluación de la Fototerapia Syntonic empieza con un estudio de los síntomas, motilidad ocular, coordinación binocular, habilidades visuales motoras, reacción pupilar a la luz y sensibilidad de la visión periférica.

Se hacen pruebas de campo de percepción visual, percepción de movimiento y respuesta al color.

CNA
CENTRO NAVARRO DE LA AUDICION
Paulino Caballero, 14 bajo
31003 Pamplona
T 948 15 16 76
www.centronavarrodelaaudición.com

Detectar a tiempo la hipoacusia infantil, una prioridad

En anteriores ocasiones ya han sido comentados los problemas psicológicos y emocionales provocados por la hipoacusia adulta. Ahora nos vamos a detener en las consecuencias de esta deficiencia sensorial cuando hablamos de niños. El déficit auditivo prematuro tiene tantas repercusiones y tan importantes en el desarrollo general del ser humano que la detección precoz es prioritaria.

El bebe que nace con una audición normal enseguida empieza a ser consciente de los sonidos y del habla. Aprenderá a diferenciar los sonidos, las palabras, las canciones. Reconocerá la voz de sus padres, las entonaciones, se asustará con ruidos inesperados. Empezará a articular sonidos con diferentes matices y un día, de repente, empezará a hablar. Lo entiende todo, lo repite todo. Con pérdida auditiva este bebe oirá, pero no discriminará correctamente ni los sonidos, ni su intensidad ni su procedencia. Su aprendizaje cognitivo quedará limitado y sus emociones alteradas. El oído aporta la seguridad de saber qué está pasando más allá de la visión. Los niños oyen a su madre hablando desde un punto que no ven y eso les tranquiliza.

Un niño con insuficiente capacidad de discriminación auditiva confundirá los fonemas sustituyéndolos, omitiéndolos o transformándolos. Las consecuencias que esto acarrea en su aprendizaje son evidentes. La falta de capacidad para participar en una conversación grupal o diferenciar de forma específica sonidos, dificulta la posibilidad de clasificar ideas y conceptos, aunque en ningún momento se produce una merma de capacidad intelectual. El desarrollo emocional puede quedar afectado produciendo sentimientos de inferioridad y desajustes de igualdad con el entorno, con restricciones en la inclusión social.

> ✔ Con pérdida auditiva moderada el bebé oirá, pero no discriminará correctamente los sonidos, ni su intensidad ni su procedencia.

> ✔ Las consecuencias que esto acarrea en su aprendizaje son evidentes, lo que no tiene que ver con su capacidad intelectual.

> ✔ Una pérdida leve se puede confundir con otros comportamientos muy habituales.

Detectarlo a tiempo es prioritario

Para padres y profesores detectar un niño con anomalías auditivas es prioritario. Una perdida leve se puede confundir con otros comportamientos muy habituales. Niños distraídos, dispersos, que parece no importarles lo que les dicen o a los que hay que repetir las cosas para que obedezcan. Cosas completamente normales que pueden ocultar algún problema auditivo como la pereza en la lectura puede implicar un problema visual.

Nuestros docentes ya están preparados para afrontar estas situaciones, incluyendo a niños con deficiencia auditiva leve o moderada en su programa habitual de estudios con niños normoyentes. Conocedores de las pautas a seguir son capaces de transmitir al resto de niños la situación de normalidad con la que deben afrontar a sus compañeros.

Algunas pautas de observación nos pueden ayudar

- Un bebe que no se sobresalta cuando hay un ruido inesperado
- No atender a los sonidos familiares con un año de edad aproximadamente.
- No repetir frases con más de dos palabras a los tres años.
- Balbucear más de lo normal según la edad.

Actualmente los medios de detección precoz habrán detectado la necesidad de un implante coclear si la pérdida es severa, pero en caso de duda no debemos tener ningún miedo a consultar a un profesional médico que dictaminará si es necesaria la adaptación de audífonos.

Antes y después del tratamiento con microespuma

La esclerosis con microespuma elimina las varices, sin dolor y sin anestesia

Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez
Cirujanos vasculares.
Clínica San Miguel de Pamplona y Policlínica Navarra de Tudela

La insuficiencia venosa es una enfermedad muy frecuente, que afecta, al menos, al 30 % de la población en España. Dentro de ella, lo más habitual es la presencia de varices, que son dilataciones anormales y permanentes de las venas superficiales. Aparecen mucho más en mujeres que en hombres, y también es sabido que la tendencia a padecerlas aumenta con la edad. De hecho, son el doble de frecuentes en personas mayores de 65 años que en aquellas que están en la treintena.

Las varices constituyen una enfermedad relativamente benigna, pero con síntomas muy molestos y contínuos; y, además, no están exentas de complicaciones a largo plazo, pudiendo dar lugar a una trombosis de las mismas, a la ulceración de la piel que hay sobre la variz, sangrado, etc., y todo ello es más probable cuanto más tiempo se dejen sin tratar.

Si bien, como en todo, lo mejor es la prevención y la educación sanitaria, en el caso de las varices no hay forma de evitar ni su aparición ni su progresión de forma absoluta. Hay factores modificables, como el sobrepeso, el sedentarismo, que se pueden modificar, pero también es cierto que hay factores hormonales y genéticos que no se pueden modificar, y que aumentan el riesgo de presentar varices y que la evolución de éstas sea más negativa.

Ello hace que, en algún momento de la vida, un porcentaje muy alto de personas tengan que plantearse un tratamiento de sus varices.

Desgraciadamente, el tratamiento tradicional de las varices (el tratamiento quirúrgico), es muy agresivo, dado que la mayor parte de las veces precisa de la exéresis de algún tronco venoso principal (safena interna o externa). De hecho, el período de recuperación de una intervención relativamente corta, se puede extender fácilmente mes y medio o dos meses, durante los cuales no se puede hacer una vida normal.

Tratamiento mediante el catéter Clarivein

Por el contrario, la esclerosis con microespuma, o el tratamiento mediante el catéter Clarivein, elimina las varices con una mínima agresividad. Mediante un procedimiento no invasivo, que ni siquiera requiere anestesia ni, por supuesto, ingreso, se introduce una sustancia esclerosante en el interior de las venas, que produce una inflamación de las mismas y su desaparición. Es un tratamiento ambulatorio, tras el cual se puede hacer una vida completamente normal y cuyos resultados son similares a los de una intervención quirúrgica, pero sin someterse a ella ni a sus inconvenientes. En realidad, es un mejor tratamiento, puesto que se consigue lo mismo que con la intervención quirúrgica pero de una forma más cómoda, sin cicatrices, etc.

Por tanto, el tratamiento con microespuma de las varices es la mejor opción, y más aún en segmentos de población en los cuales una intervención agresiva puede resultar un condicionante negativo, como en personas de edad avanzada, con enfermedades crónicas, etc.

VARICES MICROESPUMA CIRUGIA VASCULAR

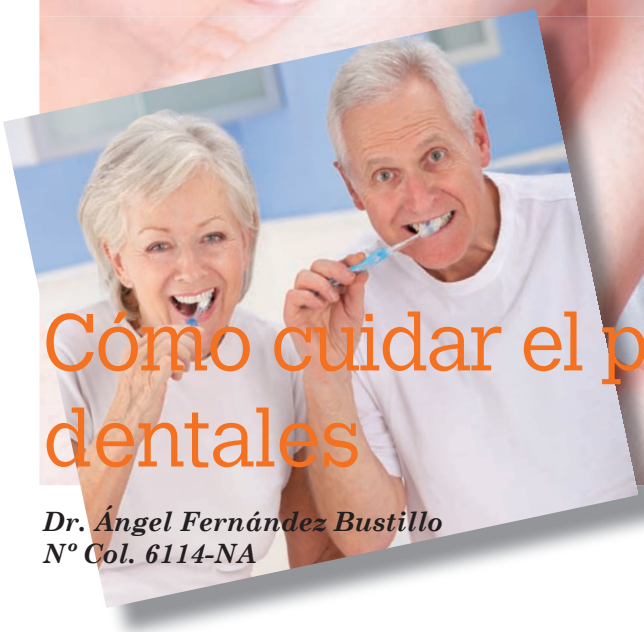
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

CLARIVEIN® - MICROESPUMA

SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

varicesmicroespuma@gmail.com

Consulta médica Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez:
➡ PAMPLONA. Clínica San Miguel. C/ Beloso Alto, 32. T 948 296 111
➡ TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3. T 644 297 726



Cómo cuidar el paciente sus implantes dentales

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERM N, 59 Bajo. T 948152878
BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS

La implantología oral y maxilofacial es una ciencia en continuo cambio, son muchos los esfuerzos que realizamos a diario para continuar siendo pioneros y referencia dentro de ella. Es necesaria una continua formación mediante el estudio diario, así como la asistencia a las diferentes reuniones científicas. También sabemos de la importancia de las inversiones en tecnología moderna para poder realizar tratamientos complejos con un nivel muy alto de satisfacción del paciente.

Desde hace más de una década he dedicado especial interés no sólo en terminar con éxito los casos si no que estos fueran estables y duraderos en el tiempo. Aprovechando la ocasión de dirigirme al mundo de la educación y formación me gustaría compartir con el lector la necesidad de la educación en el mantenimiento de los tratamientos con implantes dentales. Uno de los factores previos en el éxito de los implantes dentales es conseguir que la encía se adhiera a su superficie, es decir el tipo de implante que se coloca condiciona en cierta manera la duración del tratamiento a largo plazo (no todos los implantes son iguales).

Cuidados en casa del paciente portador de implantes dentales

Para conseguir unos óptimos resultados de la higiene oral de nuestros pacientes, debemos tener en cuenta varios factores como son su habilidad y destreza manual, sus hábitos de vida cómo horarios y tipo de trabajo, la localización de los pilares, el diseño y tipo de prótesis, posibles enfermedades o tratamientos farmacológicos para adecuar e individualizar la técnica adecuada de cepillado, tipo de cepillo (manual o eléctrico), cepillos interproximales o unipenacho, seda dental, irrigadores a bajo flujo y su chorro posicionarlo hacia los puntos de contacto ya que una incorrecta posición de la boquilla puede alterar la adaptación de la encía alrededor del implante.

En resumen, los objetivos a conseguir por el paciente son:

- Utilizar diariamente super-floss, seda dental o cepillos interproximales que pueden estar empapados de clorhexidina al 0,12 para una mejor inhibición de la formación de placa bacteriana interproximal.
- Uso de cepillos manuales o eléctricos.
- Irrigadores orales con flujo bajo.
- Enjuagues con clorhexidina o aceites esenciales.

Es importante que el paciente reconozca qué es la placa bacteriana y un método útil de enseñanza y motivación es la tinción con eritrosina. De esta manera, el paciente es capaz de reconocer las zonas libres de placa y con un espejo y su propio cepillo se le guía y se corrige.

Por último, quisiera insistir en la importancia que el diseño y ejecución de la prótesis sobre implantes, tiene para su éxito a largo plazo. El paciente debe conocer las diferentes opciones y calidades de tratamiento, trasmitiendo confianza para llevarlo a cabo sin complicaciones, evitando "publicidad agresiva" o "engañosa" basada únicamente en los costes del tratamiento y no en sus calidades.

Debemos cuidar los implantes dentales que nos han colocado, dedicándoles un esfuerzo personal a diario que se convertirá en rutina. Como decía en los años 90 el Dr. Branemark "el futuro del implante depende de la planificación minuciosa del caso, ejecución quirúrgica artraumática, posicionamiento correcto, diseño higiénico de la prótesis y cuidados por parte del paciente".

Dile adiós al dolor de espalda

BodyOn abre las puertas de sus centros a una nueva área de fisioterapia con la última tecnología

BodyOn
Electrofitness & Fisioterapia

Felipe Gorriti, 39 bajo. Pamplona
948 23 08 51
www.bodyon.es

BodyOn continúa apostando por nuevos avances y técnicas en el campo de la salud, la belleza y el bienestar. Después de conseguir el objetivo de modelar y poner en forma nuestro cuerpo, ahora Bodyon se compromete a cambiar nuestra calidad de vida con la nueva área de fisioterapia, en la que aúnan los mejores profesionales con la tecnología más vanguardista.

Esta área cuenta con un equipo de profesionales, que desde un primer momento se encargan de evaluar al paciente, proporcionándole un diagnóstico con un tratamiento personalizado, según las necesidades, estado físico y problemas que padezca.

Actualmente, unas de las dolencias más comunes en nuestro cuerpo, debido al estrés y al alto ritmo de vida que llevamos, es el dolor de espalda y cervicales. Para ello, las clínicas de BodyOn han incluido una nueva tecnología: Miotech ST5. Esta revolución tecnológica ofrece a los pacientes una terapia más eficaz, incluyéndose en sistemas terapéuticos con patologías osteomusculares y osteoarticulares, reduciendo de manera muy significativa el tiempo de recuperación.

Miotech ST5 es un instrumento multifuncional de masaje para la espalda que trabaja a través de una esterilla con 12 canales de estimulación y un sistema de calor. El avance radica en el movimiento ondulatorio de los impulsos eléctricos que recorren la esterilla de estimulación, de modo que permite alcanzar las capas profundas de los músculos. Además, el sistema también es de gran eficacia como terapia para el alivio del dolor y la estimulación de las cadenas musculares. Siempre acompañado del trabajo manual del fisioterapeuta que se combina de manera perfecta con la electroestimulación para conseguir los mejores resultados.

Esta tecnología combina la frecuencia media modulada con la terapia de calor, proporcionando una experiencia de masaje profundo y placentero, a la vez que produce una estimulación que se activa secuencialmente generando una sensación de ola dinámica, que representa un desarrollo adicional en la terapia TENS clásica. Se presenta como la única tecnología poseedora de baja frecuencia combinada con frecuencia media del mercado y que cuenta con el certificado de Uso Médico de Productos Sanitarios.

Me duele la espalda, los huesos, las articulaciones, ¿voy al reumatólogo?

Ricardo Gutiérrez Polo
Médico Reumatólogo
Consulta: 948 152 711 - 659 309 746
Pza. Mutiloa, 2 bajo. Mutilva Baja
(línea bus 17, parada en la plaza)

El "reuma" o los síntomas reumáticos son muy frecuentes en la población, a todas las edades, desde niños hasta personas mayores, aunque aumentan, lógicamente, con la edad.

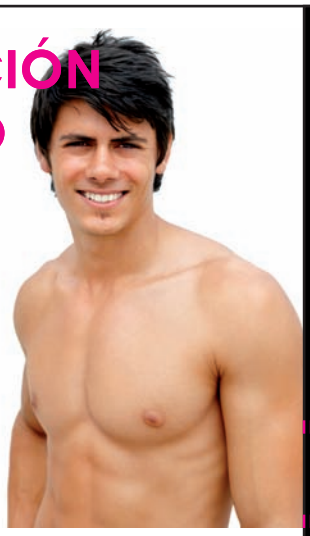
Consisten en sentir dolor en el aparato locomotor, es decir, en áreas articulares y osteomusculares, originándose, sobre todo, en las articulaciones y alrededor de éstas (tendones y sus inserciones en el hueso, las entesis). Se puede acompañar de sensación de rigidez articular y dificultad para moverse, además de hinchazón y, en ocasiones, calor y enrojecimiento del área afecta. En definitiva, cualquier dolor corporal, bien sea en la espalda (cervical, lumbar, pelvis) o extremidades (hombros, codos, manos, rodillas, pies), de inicio espontáneo, sin un traumatismo manifiesto que lo justifique, merece ser valorado por un reumatólogo.

Las **causas más frecuentes** son las mecánicas, bien por patología degenerativa (artrosis, tendinosis, hernia discal) o por sobrecarga funcional, por el uso continuado y repetitivo, muchas veces en condiciones o posturas inadecuadas, agravado por falta de preparación física. Por eso, el paciente mismo es clave en el tratamiento y prevención, mantener buena higiene postural y realizar ejercicio adecuado y regular, desde la infancia y a lo largo de nuestra vida.

Otras enfermedades que tratamos en Reumatología son: las artritis (reumatoide, psoriásica, por ácido úrico o gota, infecciosas, tumorales, etc), la osteoporosis, la fibromialgia y las sistémicas autoinmunes (lupus, esclerodermia, síndrome seco, etc). Para todas ellas, disponemos, actualmente, de múltiples consejos y tratamientos.

LA DEPILACIÓN DEL FUTURO

LÁSER System SHR



SIN DOLOR

Ventajas del SHR

- El sistema más eficaz para la reducción permanente del vello
- Rápido seguro e indoloro
- Para todas las pieles todo el año

MASAJES

relajante | descontracturante | deportivo | circulatorio | anticelulítico | facial y podal |

Técnicas anticelulíticas (cavitación, presoterapia, plataforma vibratoria) **y tratamiento facial antienvejecimiento**

Centro de Estética y Bienestar Mirian Zabaleta

Pza. Mutiloa, 2 Mutilva Baja (línea bus 17, parada en la plaza) | 948 152 711 - 663 030 399

Ausolan y los comedores sostenibles

ausolan

Polígono Industrial Comarca II, calle A, 43 Bajo. 31191 Esparza de Galar

En Ausolan Jangarria fundamentamos nuestro Proyecto Educativo en un comedor escolar sostenible. Trabajamos un proyecto alimentario y pedagógico cuya esencia combina una dieta sana y equilibrada con actividades lúdicas que conllevan la realización de ejercicio físico, siguiendo la línea de actuación que plantea la Estrategia Naos.

Nuestros equipos planifican y supervisan tanto la programación alimentaria como la educativa en cada centro con el fin de avanzar en la mejora de la calidad, priorizamos el consumo de materias primas de nuestro entorno más cercano, posibilitando mayor frescura en los productos, al mismo tiempo que contribuimos a minimizar el impacto ambiental que genera el transporte y apoyamos a los productores de nuestro entorno más próximo.

Nuestra labor es concienciar y educar en la repercusión que tiene en el medio que nos rodea el consumir un alimento u otro, afectando directamente a las personas.

Paralelamente a esta línea de actuación, en nuestro proyecto educativo las actividades reflejan esta filosofía, ya que queremos llegar, a través de la educación de niños y niñas, a que valoren su entorno local/global desde una perspectiva solidaria.

Nos apoyamos en los ejes que giran alrededor de los comedores sostenibles: eje ambiental, eje social y eje alimentario, con el objetivo de aplicar criterios de sostenibilidad social y ambiental en los comedores escolares.

- Eje ambiental: nos comprometemos con el medioambiente haciendo hincapié en sostenibilidad, reducción, reciclaje, reutilización, residuos, productos de limpieza y compostaje.
- Eje social: concienciamos y potenciamos valores de consumo responsable, comercio justo, justicia social y diversidad cultural.
- Eje alimentario: destacamos la importancia de la alimentación profundizando en estos aspectos: sabor, naturaleza, calidad y salud.

Los objetivos que perseguimos en cada uno de los ejes

Eje alimentario:
- Promover una dieta sana y equilibrada.
- Educar en la importancia de un consumo equilibrado.

Eje social:
- Cuidar la alimentación adecuada atendiendo las necesidades específicas de nuestros comensales (diabetes, intolerancias y alergias alimentarias...)
- Respetar y valorar las diferentes culturas.
- Fomentar y concienciar en un consumo responsable.

Eje ambiental:
- Potenciar nuestro compromiso con el entorno.
- Tomar conciencia del impacto ambiental de nuestras acciones y hacer visibles sus consecuencias.
- Enseñar a gestionar de forma adecuada los residuos.
- Fomentar el reciclaje.

Durante el pasado curso escolar, además del trabajo constante en la adquisición de hábitos alimentarios, de comportamiento y relación social, y de higiene personal, se desarrolló un calendario de actividades, en las que participaron más de 10.000 usuarios/as de comedor de 49 centros escolares que, mediante talleres y actividades lúdicas, trabajaron los tres ejes de nuestro proyecto.

Se celebró en noviembre la **Semana Europea de la Prevención de Residuos**, con el desarrollo de las siguientes actividades: '¿Sabemos separar los residuos?', 'El juego de las energías' y 'Creamos nuestros juguetes'.

En marzo celebramos la **Semana de la Multiculturalidad y el comercio justo**, en la que tuvimos la suerte de contar con la colaboración de la ONG **Setem**. Las actividades desarrolladas fueron: *'Cómo viaja el cacao'*, *'Gymkhana multicultural'*, y *'Pasapalabra'*.

Y el mes de mayo fue dedicado a la **alimentación sostenible**, con actividades tan interesantes como *'Los productos de nuestra tierra'*, *'Sembrando nuestros propios alimentos'*, y *'Los alimentos y los sentimientos'*; esta última actividad resultó muy interesante, ya que se trabajó con los/las escolares un tema tan necesario y actual como es el de las emociones.

Todas las varices, incluidas las de gran calibre, se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirófano

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Especialista en Cirugía Vascular
Hospital San Juan de Dios. Pamplona

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices y una buena parte necesita tratamiento quirúrgico (Safenectomía). Aunque se trata de una cirugía relativamente sencilla y con pocos riesgos, no deja de ser una intervención y requiere, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

En la últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Láser, Clarivein, etc), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. De todas ellas, la 'Esclerosis ecoguiada con microespuma' es, hasta la fecha, la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal.

Durante casi 13 años nosotros hemos tratado cerca de 2500 pacientes con varices utilizando esta técnica, consolidada ya, en equipos con experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar todo tipo de varices.

Esclerosis ecoguiada con microespuma

Se trata de una técnica poco invasiva que identifica las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. El efecto es el mismo de una operación pero NO ES UNA INTERVENCION QUIRURGICA.

Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, NUNCA necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones finas en la piel. Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

Técnica para todas las varices

El principal inconveniente del procedimiento, si se puede llamar así, es que requiere un poco de paciencia puesto que son necesarias varias sesiones hasta completar el tratamiento.

La técnica se puede utilizar en todas las varices, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares), hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena y que, habitualmente, se remiten para operar. En este tipo de varices grandes o "tronculares", en las que la safena está enferma, la esclerosis con microespuma tiene muy buenos resultados, ya que se trata normalmente de venas de gran tamaño y con mucha sintomatología y se consigue, sin pasar por un quirófano, no sólo la eliminación de las venas visibles sino también la desaparición o la mejoría notable de los síntomas propios de la enfermedad.

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma.

Hospital San Juan de Dios
c/ Beloso Alto, 3
31006 PAMPLONA

T 948 29 06 90
M 639 07 05 09
leopoldofa@gmail.com

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

CPS-C2261/1/14-NA

> "La actividad educativa, brota como un oasis curricular y emocional para los niños y niñas

Atención Hospitalaria y Domiciliaria para alumnos ingresados

Equipo de Atención Hospitalaria y Domiciliaria
Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA)

El Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA) es un organismo dependiente del Departamento de Educación. Se constituye, por Decreto Foral en 1993, como estructura especializada de apoyo al sistema educativo, que organiza y coordina todo lo relativo a las necesidades educativas específicas, para contribuir a la mejor integración escolar del alumnado en el sistema educativo.

El equipo de Atención Hospitalaria y Domiciliaria, es uno de los equipos que forman parte de este recurso y que trata de cubrir las necesidades del alumnado que por motivos de salud mental o física tienen que permanecer ingresados y no pueden acudir a sus centros educativos.

La **Atención hospitalaria** se realiza en espacios físicos diferenciados, para el alumnado con enfermedades físicas se lleva a cabo en el aula de la 4º planta de pediatría, del complejo hospitalario Virgen del Camino, la atención para el alumnado que padece trastornos mentales graves, se realiza en el aula de Hospital de Día Natividad Zubieta, ubicado en la Txantrea y en el aula de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario.

El programa de **Atención Domiciliaria**, consiste en gestionar las ayudas a las que podrán acogerse los padres, madres o tutores legales del alumnado que, estando convaleciente en el domicilio por prescripción facultativa, precise de atención educativa domiciliaria por no poder asistir al centro docente de manera normalizada por un periodo superior a 21 días naturales; o que por enfermedades crónicas, conlleven bajas intermitentes inferiores a un mes, de al menos 6 días continuados durante un periodo mínimo de 6 meses.

Tratamiento integral

El profesorado realiza un tratamiento integral de los alumnos/as, desarrollando todas sus capacidades y continuando de esta forma con el proceso de enseñanza/aprendizaje.

Así mismo, realiza las coordinaciones necesarias entre las aulas hospitalarias, el centro de procedencia del alumnado y, en su caso, otros programas como pueden ser el de atención domiciliaria.

La intervención educativa se ofrece, no se impone, se acepta libremente sabiendo que añade interés al día del niño y niña hospitalizada, pudiendo aliviar sus angustias y proporcionándole también el ánimo que necesita para recuperarse, a la vez que mantiene el vínculo con su quehacer educativo.

La atención educativa se realiza de forma personalizada y consiste en el desarrollo de actividades curriculares propias del nivel educativo del alumnado atendido. También es importante el apoyo emocional y su integración socio-afectiva fomentando la interacción con sus iguales y con el medio hospitalario.

Los **objetivos** que guían nuestra actividad diaria podríamos resumirlos en:

- Continuar de manera personalizada e individualizada el proceso educativo del alumnado hospitalizado.
- Establecer los puentes y coordinación necesaria entre el aula, el centro de procedencia y en su caso, con el Programa de Atención Domiciliaria en los casos de larga convalecencia o ingresos intermitentes.
- Presentar alternativas pedagógicas que permitan la integración, la creatividad y la interacción.
- Colaborar con la familia como parte implicada en la educación y buen estado emocional del alumnado enfermo.
- Coordinar con el personal sanitario, Departamento de Salud y otros equipos del CREENA.
- Contactar, colaborar y coordinar con otros profesionales, instituciones y organismos colaboradores que desarrollan acciones en el entorno hospitalario.
- Favorecer la comunicación entre los alumnos con sus centros de referencia, con sus tutores y sus compañeros, mediante el uso, entre otros, de las TICs.
- Facilitar la incorporación de los alumnos/as a su centro educativo.

Más información:
http://creena.educacion.navarra.es/

Alteraciones visuales

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

óptica unyvisión
AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • 948 178 188

Existe una estrecha relación entre la visión y el aprendizaje, con la vuelta al colegio, los padres y profesores pueden detectar sintomas visuales en los niños que pueden dificultar el aprendizaje, la lectura y escritura.

En la siguiente lista se detallan las principales alteraciones visuales con sus síntomas más comunes.

Alteraciones refractivas

Miopia

- Ven mal de lejos y mejor de cerca
- Se acercan al libro más de lo normal
- Guiñan los ojos para ver la pizarra
- Se tumban para escribir.

Hipermetropia

- Ven mal de lejos y tienen dificultades en cerca.
- Se frotan los ojos y se les ponen rojos al leer.
- Dolor de cabeza
- Irritabilidad
- Problemas de atención y concentración
- Lectura lenta

Astigmatismo

- Visión borrosa en lejos y cerca
- Confusión de símbolos parecidos, por ejemplo, 8 y 0, C y G, D y O

Dificultad en los movimientos oculares

- Movimientos de cabeza al leer
- Se pierden al leer
- Omisión de palabras
- Necesita el dedo como indicador
- Inversiones de letras o palabras

Problemas de enfoque

- Visión borrosa en cerca
- Cefaleas
- Lagrimeo y fatiga al leer
- Dificultad para concentrarse y comprender.

Alteraciones binoculares

- Se tapan o cierran un ojo al leer
- Desvían un ojo
- Girar o ladear la cabeza a un lado
- Visión borrosa
- Diplopia ocasional
- Dificultad en los cambios de enfoque

Alteraciones en el procesamiento visual

- Dificultad para recordar lo que leen
- Confusión de derecha con izquierda, inversiones de letras, palabras o números
- Confunden palabras similares
- Dificultad para reconocer pequeñas diferencias
- Dificultad para seleccionar la información relevante
- Comprensión pobre.

En un exámen visual no sólo valoramos la agudeza visual, es importante saber la eficacia motora, acomodativa y la capacidad del niño para interpretar lo que ve.
La terapia visual es un conjunto de técnicas que nos permite mejorar la calidad de la visión y tener un sistema visual más eficaz.

Diagnóstico por imagen

Educar en la prevención

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

RESONANCIA | TAC | ECOGRAFÍA

Hasta hace unos pocos años, en el campo de la medicina y en concreto en el área médico quirúrgica, en los casos en los que había dudas acerca de una lesión de cualquier tipo, era común que el especialista dijera aquello de que: hasta que no "abramos", no podemos saber más.

Hoy en día, gracias a los avances en las tecnologías de la imagen médica como son la radiología, las tomografías (TAC), las resonancias, entre otras, es posible "ver" antes de "abrir", teniendo gran cantidad y variedad de información acerca de lo que nos podemos encontrar antes de realizar cualquier procedimiento sea o no quirúrgico.

El poder visualizar las estructuras internas de nuestro cuerpo, posibilita no solo mejorar los diagnósticos, sino que permite ir un poco más allá. En muchos casos, se puede ayudar a predecir con alto grado de seguridad la aparición de posibles lesiones en un grado incipiente, facilitando su tratamiento y mejorando el pronóstico de muchas de ellas.

En este sentido, son muy conocidos los casos de las pruebas enfocadas a la prevención del cáncer de mama, cáncer de pulmón o el cáncer de cólon, entre otros, que permite, mediante la realización de pruebas sencillas de mamografía, ecografías, tac o resonancias, según sea lo más recomendable en cada caso, poder detectar de forma incipiente alteraciones que sean una alerta del comienzo de alguna patología o alteración de algún tejido u órgano.

También adquiere un gran valor añadido la información que estas pruebas nos pueden aportar en los casos de traumatismos o lesiones musculoesqueléticas, que ayudan a aclarar el tipo y alcance de las lesiones que se hayan podido ocasionar por cualquier causa lo que facilita en gran medida la elección del mejor tratamiento para aplicarse de la forma menos invasiva posible.

Es importante que ante la posible detección de alguna alteración consultemos al profesional de la salud que corresponda, con el fin de que nos recomiende si es necesaria la realización de alguna prueba y poder efectuar diagnósticos preventivos que confirmen o no la presencia de alguna lesión, o la magnitud de algún tipo de traumatismo de origen deportivo o de cualquier causa y proceder lo antes posible a la toma de la decisión más adecuada.

En conclusión, tenemos que aprovechar los avances que la tecnología médica por imagen nos ofrece para poder "ver" el interior de nuestro cuerpo, poder realizar diagnósticos más preventivos, exactos y evitar males mayores.

Educación en la prevención oral

El Centro de Prevención Oral en Sannas dentofacial

sannas DENTOFACIAL
Madres de la Plaza de Mayo, 16
31013 Nuevo Artica
948 384 422
www.gruposannas.com

El compromiso de la atención odontológica actual va más allá de la simple realización de tratamientos para la solución de las patologías dentales o dentofaciales. Hay que tener una implicación cada vez mayor en la formación, tanto en la prevención, como en el adecuado cuidado de los tratamientos recibidos y en la información de las novedades del sector dental a nuestros pacientes.

Hasta hace no mucho tiempo, el paciente terminaba su relación profesional con el odontólogo en el momento de recibir el alta al finalizar los tratamientos recibidos. En la actualidad, en Clínica Sannas, a través del **Centro de Prevención Oral (C.P.O)**, el compromiso con el paciente se prolonga a través del tiempo con diferentes acciones que están dirigidas al mantenimiento de la salud oral obtenida y al examen periódico, con el fin de descubrir un diagnóstico precoz de alguna nueva patología y su correspondiente tratamiento, facilitando la información sobre nuevas terapias o nuevas técnicas aplicables en cada caso concreto.

Formación, educación e información

En Sannas Dentofacial existe un protocolo de formación, educación e información a los pacientes. Desde el primer momento, es indispensable que el interesado comprenda adecuadamente el tratamiento que va a recibir, cómo debe preparar y ambientar su boca para poder realizarlo adecuadamente y cómo debe realizar los cuidados para que el resultado del tratamiento se mantenga a través del tiempo.

Durante la realización de los tratamientos, realizamos un seguimiento pormenorizado para que nuestros pacientes no bajen la guardia en cuanto a los cuidados que deben realizar una vez aplicado el tratamiento. Esto es especialmente importante en la ortodoncia con brackets, en los tratamientos prolongados de implantología y en pacientes niños o adultos con alto índice de caries dental, entre otros.

Finalmente, es importante resaltar el hecho de que las acciones preventivas o de formación/educación varían de acuerdo al grupo de pacientes al que vayan orientadas. Por ejemplo, se preparan talleres para niños con charlas para los padres, se enseña a los pacientes que han recibido implantes y/o prótesis las técnicas más convenientes para el cuidado de los tratamientos recibidos, se asesora respecto a las soluciones más convenientes para los problemas que presenta el paciente o que puedan surgir en el futuro.

En conclusión, la odontología moderna y en concreto las clínicas dentales con visión de futuro, deben reservar un "espacio" para la educación y/o formación de los pacientes, buscando su fidelización y, sobre todo, velando por el interés del propio paciente en cuanto al mantenimiento del estado de salud bucal alcanzado, estando atento al diagnóstico precoz de cualquier tipo de patología, para su correspondiente tratamiento. En el caso de Sannas Dentofacial llevamos varios años trabajando desde nuestro C.P.O. (Centro de Prevención Oral) sabiendo que es posible formar en salud oral a cualquier edad, para que nuestros pacientes puedan seguir presumiendo de sonrisas SANNAS.

Redes sociales, Tecnologías de la información y comunicación (TIC) y la Salud psicosocial en la adolescencia

Raimon Pèlach Pàniker. *Pediatra de Atención Primaria. Navarra*
María Gómez Moriano. *Abogada especialista en Redes Sociales. Madrid*
María Salmerón Ruiz. *Pediatra acreditada en Medicina de la Adolescencia. Madrid*

Preguntémonos en voz alta si sabemos comunicarnos con los adolescentes. Aprovecho el término "información" para preguntar qué cambios suscita en la comprensión del mundo esta híperinformación que reciben, y el término "comunicación", para ahondar en el silencio de los adolescentes, que gracias a las TIC están cada vez más lejanos de lo cercano y más cercanos de lo lejano.

Educación es Prevención

Viven (vivimos) "Fascinados por la tecnología", cuya inmediatez favorece la dicotomía de cómo vemos las TIC: Los adultos como una amenaza (los padres son emigrantes digitales) y los menores como una oportunidad (los adolescentes son nativos digitales).

Competencia Digital Paterna

En un primer momento puede dar miedo que los hijos se metan en este mundo y estas redes, que tienen muchos peligros pero también muchas potencialidades.
Es como aprender a conducir, así que vamos a intentar dar unos consejos de seguridad para conducir por internet.
Partiendo de la base que podemos retrasar el momento de acceso de los niños a las TIC pero no evitarlo (han nacido como nativos digitales) sabiendo evaluar la conducta y personalidad.
Hay que combatir tópicos y ¡no dogmatizar!

Los 8 riesgos

- Uso abusivo
- Acceso a contenidos inapropiados
- Vulneración de derechos de propiedad intelectual
- Acoso sexual o grooming (engatusamiento)
- Amenazas a la privacidad como envío de imágenes eróticas (sexting)
- Delitos económicos y fraudes
- Ciberbullyng
- Riesgos técnicos como virus y archivos espías

El orden va cambiando con el tiempo. Y hay que recalcar que las estadísticas cifran en 1% los menores que avisan a los adultos cuando sufren una incidencia de seguridad.
Las medidas de seguridad deben generar un clima de confianza para que niñ@s y adolescentes nunca callen un problema.

Aprendizaje y uso por edad

< 2 años
Uso del hijo incitado por los padres
Uso de los padres cuando están con los hijos
De 5 a 9 años
Navegación compartida
Educación en valores
<10 años
Confianza en lo aprendido
Acompañamiento

Redes Sociales

¿Son una moda pasajera? ¿Aportan algo o son sólo una distracción? ¿Dónde está el límite en el uso? ¿Es peligroso estar en ellas? ¿De qué va todo esto?
El ser humano es un animal social Necesitamos comunicarnos pero el proceso de comunicación es complejo: Lo que decimos (y cómo lo decimos). La comunicación gestual (cómo nos movemos). Nuestra imagen física (cómo nos mostramos, nuestra ropa, peinado...).

Todo esto va de…

Un cambio en el canal de comunicación que conlleva nuevas reglas: Lo que decimos tiene un potencial infinito. Es susceptible de ser analizado por otros para crear perfiles sobre nosotros. Queda grabado, puede ser público y ofrece una imagen de nosotros al mundo.
En definitiva, un gran cambio. Todas las redes sociales tienen algo en común: el poder de amplificar nuestro mensaje. Sea el que sea.

Protección y formación

Las redes sociales son un fenómeno nuevo para todos. Como otros tantos, como montar en bicicleta o aprender a nadar. Cualquiera que comience a usarlas o lo haga sin conocer ese medio necesita:
PROTECCIÓN: un entorno seguro, vigilancia/supervisión que garantice que nuestros errores y fallos por inexperiencia o inmadurez no tendrán consecuencias de las que no podamos recuperarnos.
FORMACIÓN: un marco de referencia que permita hacer un uso cívico para con los demás de esas herramientas y que a la vez haga posible obtener el mayor beneficio posible de ese medio.

Formación para la gestión de la propia identidad digital

La redes sociales no son una cosa estanco que deba ser abordada como única si no un medio más en el que suceden cosas. Hay que abordar las especialidades del medio pero sobre todo las cosas básicas que pasan en él:
- Comunicación (insultos, la libertad del otro, cuidar la ortografía, la puntuación...).
- Acciones positivas que podemos llevar a cabo (¿qué podemos hacer para cambiar el mundo?).
- La gestión del yo (egocentrismo, ¿qué dejamos tras de nosotros?).

Protección en el aprendizaje

La mayoría de padres y educadores están en desventaja pero sí es verdad que se podría llevar a cabo una monitorización de las actividades de los menores.
En cualquier caso se hace necesario establecer reglas simples y claras de uso. Que sean pocas pero que sean líneas rojas. Concienciar de las consecuencias de las acciones. En definitiva, debemos de ofrecer un marco de referencia a niños y adolescentes en el que puedan desarrollarse como personas empleando para ello las herramientas propias de su tiempo.

Dolor de espalda en los niños

Dra. Marien Navarro Elizondo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

El uso de mochilas escolares es una actividad que forma parte de la vida diaria de la población infantil española. En ellas se transportan los objetos necesarios para el desarrollo de las tareas en las aulas (libros, cuadernos, carpetas, estuches), alimentos y bebidas para consumir en el recreo, útiles de aseo, así como utensilios variados y tal vez prescindibles durante el tiempo de permanencia en la escuela (videojuegos, otros juguetes, teléfonos móviles, tebeos, libros de lectura, etc.). Con todo, son los elementos relacionados con la actividad escolar los responsables máximos del peso de la mochila, que a menudo se considera excesivo por alumnos, padres y profesores.

La buscamos con el dibujo o color de moda pero, ¿nos preocupamos de que sea segura para la espalda de los niños? La mayoría de niños y adolescentes llevan a diario una carga superior a la recomendada y de una forma perjudicial para su salud. La mitad de los adolescentes y uno de cada 10 niños menores de 11 años sufren dolor de espalda y contracturas musculares. Las cifras no dejan lugar a dudas: el dolor se da en el 51 por ciento en los niños y el 69 en las niñas con edades entre los 13 y 15 años.

La preocupación actual por el peso de las mochilas se debe no solo al esfuerzo físico que necesitan realizar los niños para transportarlas, sino también a su posible relación con el dolor de espalda y con las alteraciones estáticas de la columna vertebral en el momento presente y en la edad adulta. Existen diversos estudios que tratan de establecer una cantidad de peso segura para que niños y adolescentes la lleven de forma habitual y que, según los autores, oscila entre el 10 y el 20% del peso corporal.

El dolor de espalda en los niños puede localizarse a nivel cervical, torácico o lumbar, en ocasiones irradia hacia los hombros y las nalgas y sólo en raras ocasiones se irradia hacia las extremidades. Su frecuencia aumenta con la edad: lo presentan un 10% de los niños de 10 años y su frecuencia aumenta hasta un 70% al final del crecimiento.

Las mochilas escolares

Numerosos trabajos han intentado relacionar el dolor de espalda en niños y adolescentes con el peso de las mochilas. Estudios transversales con gran número de alumnos han encontrado que los niños que transportan las mochilas escolares con un peso excesivo tienen entre un 1.6 y un 3.4 veces más de dolor de espalda que el resto.

Un problema es definir qué peso es excesivo. Haciendo una analogía con las normativas de salud laboral de diferentes países, podemos considerar que transportar más de un 10-15% del peso corporal puede ser perjudicial. Ello supone que un niño de 40 Kg. no debería transportar mochilas de peso superior a 4-6 Kg. Algunos países como Italia han puesto en marcha proyectos de ley para regular un peso de las mochilas no superior al 15% del peso corporal del niño. Un estudio realizado por nuestra unidad en el área de Barcelona demostró que el peso medio de las mochilas de escolares entre 12 y 14 años era de 8 Kg., claramente excesivo para este colectivo.

Existen, además numerosos factores que también influyen: tipo de mochila (ancho de las asas), capacidad física del niño, tiempo de traslado, forma de llevarla (un hombro o ambos, más alta o más baja), llevar otras bolsas (p. ej. de deporte)...

A pesar de todo lo dicho, ningún estudio científico ha conseguido demostrar una relación de causa entre el peso de las mochilas y el dolor de espalda en el niño desde el punto de vista de medicina basada en la evidencia.

En general, se recomienda llevar mochilas con el menor peso posible (a ser posible menos del 10% del peso corporal), con bandas anchas y acolchadas, colgadas en los dos hombros, cerca del cuerpo y ni muy altas ni muy bajas. Los carritos escolares pueden ser una alternativa para no soportar tanta carga de peso en

(Sigue en página 20)

la columna. No obstante, presentan otros inconvenientes; se debería llevar la mochila con ruedas hacia adelante, y no arrastrándola por-

que el ángulo que forma es perjudicial para la muñeca de los niños, las salidas de los centros no están adaptadas, ni los bordillos, por los que le obliga a levantar el brazo con todo el peso; son más incómodos si el niño debe subir o bajar escaleras, producen una carga de tracción asimétrica en el tronco, y en general no son aceptados por los niños más mayores y adolescentes.

No existe, tampoco ningún trabajo científico que justifique recomendarlos.

La comunidad educativa y los editores de libros tienen un papel importante para adecuar el peso del material escolar al niño. «Lo ideal sería reducir el peso de la carga que transportan los niños en la mochila. Apostamos por la instalación de taquillas en los colegios o el fraccionamiento de cada libro de texto en diversos volúmenes, la utilización de libretas de tapas blandas para varias asignaturas o la instauración de la enseñanza en soportes electrónicos».

La adolescencia, una etapa saludable

Uno de los motivos de preocupación entre el colectivo médico consiste en que el dolor de espalda del niño y adolescente se relaciona claramente con el dolor de espalda en el adulto. Sin embargo, y a diferencia del adulto, la adolescencia se considera una etapa saludable desde la perspectiva músculo-esquelética y para la mayoría de los adolescentes el dolor de espalda es una experiencia normal de la vida.

La incidencia de estas dolencias aumenta a partir de los 10 años. Hace tiempo se pensaba que las dolencias de la espalda, que los médicos denominan "patologías mecánicas del raquis" eran muy raras entre los jóvenes. Sin embargo, hoy se sabe que no es así y que son frecuentes, en especial a partir de los 12 años.

Las causas de los dolores de espalda

En la gran mayoría de los casos (90%) no somos capaces de identificar una patología que provoque el dolor: hablamos de dolor inespecífico.

Dentro de este grupo numerosos estudios han encontrado relación entre el dolor de espalda y algunos factores, aunque sin poder establecer relaciones de causalidad: el sexo femenino, una edad cercana a la adolescencia, la existencia de antecedentes familiares, el padecimiento de otros dolores, el uso de mochilas o carteras con pesos superiores al 10% del propio peso del escolar, el tabaquismo, los hábitos posturales erróneos, la práctica de deportes de competición o muy intensos, el sedentarismo, estar un elevado número de horas sentado delante de la televisión, ordenador o videojuegos, así como una inadecuada ergonomía del mobiliario escolar o doméstico. Un ambiente familiar o escolar conflictivo o trastornos de depresión, ansiedad, tristeza o baja autoestima pueden cronificar del proceso.

En algunos casos sí encontramos patologías o enfermedades que producen el dolor: hablamos entonces de dolor específico u orgánico.

- La causa más frecuente en este grupo es la **espondilolistesis**, que consiste en un defecto de unión entre la parte anterior y la posterior de la última vértebra (aunque también puede asentar en otras vértebras).

Provoca un dolor de tipo mecánico, es decir, relacionado con la actividad física y mejora en reposo. En general precisa sólo tratamiento sintomático y sólo en muy raras ocasiones precisa cirugía para unir ambas partes de la vértebra.

- La segunda causa más frecuente de este grupo es la **cifosis de Scheuermann**, que consiste en un aumento de la curvatura anterior de la columna (cifosis), de características rígidas y que afecta generalmente a la región torácica.

Se produce por un trastorno en la osificación de las vértebras y el tratamiento depende del grado de curvatura: en casos leves se trata con fisioterapia de estiramiento y en casos más severos con corsés especiales; sólo casos muy severos pueden requerir una cirugía correctiva.

- Otras causas de dolor de espalda de tipo orgánico son las infecciones, los tumores, la hernia discal, la escoliosis, los trastornos reumáticos o los traumatismos. Su incidencia, sin embargo, es muy baja.

Acudir al pediatra

Ante un niño con dolor de espalda que se mantenga más de un día o que repita sin causa traumática conocida es recomendable que acuda al pediatra. El médico valorará si se trata de un dolor inespecífico o si se padece un dolor de espalda orgánico y le orientará sobre el tratamiento.

En el caso de dolor inespecífico recomendamos evitar el reposo, intentar hacer una vida lo más normal posible y aliviar la clínica con medicación. En el caso de dolor orgánico, el tratamiento dependerá de la patología concreta y corre a cargo del especialista en ortopedia infantil.

Consejos para cargar peso correctamente

1. Usar mochilas con correas anchas y acolchadas, y con respaldo acolchado.

2. Usar mochilas con ajustes firmes, procurando mantener la bolsa a unos 5 cm arriba de su cintura.

3. Repartir el peso en los dos hombros. Llevar siempre la mochila por las dos correas y jamás por una sólo, para no sobrecargar uno de los hombros.

4. Hacer ejercicio. Practicar algún deporte o realizar ejercicios para fortalecer los músculos de la espalda.

5. Organizar la mochila poniendo los libros más pesados cerca y pegados a la espalda, y manteniendo cada cosa en su lugar.

6. Peso de arrastre. Optar por llevar mochilas con ruedas, evitando tirar de ellas al bajar o subir escalones.

7. Mantener la columna recta y no curvada, para llevar la mochila con ruedas.

8. Repartir el peso entre la mochila y las manos. En el caso de que haya mucho material, llevar parte del peso en las manos.

9. Limitar el peso del contenido y evitar transportar cargas inútiles. Si la mochila es muy pesada, el niño se ve obligado a arquear hacia delante la columna vertebral o a flexionar hacia delante la cabeza y el tronco para compensar el peso.

10. Utilizar las dos manos para coger la mochila, doblar las rodillas e inclinarse para levantarla.

11. Controla el tiempo. Evita que el niño transporte la mochila con mucho peso durante más de 15 minutos. En este sentido, la supervisión de los padres es esencial y más que necesaria. Y la colaboración de los profesores también.

Evita que los niños sobrecarguen su mochila

En resumen, el exceso de peso en las mochilas es un grave problema porque genera consecuencias irreversibles y a largo plazo para los niños. Puede provocar desde una escoliosis infantil, hasta una cifosis o una artrosis precoz. En algunos casos, puede impedir el correcto crecimiento de los huesos de los niños.

Toda la comunidad científica internacional coincide en afirmar que un niño no debe cargar más del 10 o 15 por ciento de su peso corporal. Por ejemplo, un niño de primaria que pese 35 kilos debería cargar entre 3,5 y 5,2 kilos como máximo. Eso sería lo ideal, pero la realidad es bien distinta: muchos escolares llevan en sus mochilas hasta 8 kilos.

Lo que sería igual a que cualquier adulto, con un peso medio de 70 kilos, nos trasladáramos al trabajo con más de 12 kilos a la espalda. Algo que si lo pensamos nos resultaría además de incómodo e insufrible, simplemente insólito, porque buscaríamos la fórmula para que no ocurriera. Sin embargo, el transporte de atestadas mochilas es una actividad habitual en niños y adolescentes, y que acarrea un esfuerzo físico importante.

ISS

barra · self service · menú · take away
raciones · pintxos · bocadillos · platos combinados · desayunos

En ISS nos gusta cuidar de ti

menú
del día
Cafeterías del Complejo Hospitalario de Navarra
Horario 7.00h a 23.00h.

7.50€
IVA incluido

Comienza el día con nosotros
¡Empieza el día con energía! Desayuna sano en nuestra cafetería. Tú eliges: Zumo de naranja, tostadas, fruta, bollería...

Comida Sana
Nuestro variado menú está elaborado con las mejores materias primas. Disfruta de nuestro buffet de ensaladas, nuestra plancha, platos y postres caseros. También tenemos comida vegetariana y productos para celíacos e intolerancias alimenticias.

Te acompañamos durante toda la jornada
Ven a cualquier hora del día a probar nuestros pintxos, raciones y bocadillos, acompañados de un excelente servicio y, por supuesto, nuestra mejor sonrisa.

A WORLD OF SERVICE ISS

Lo que debemos saber del "codo de niñera"

Amparo Santamaria Torroba. *Especialista en Rehabilitación. Hospital Reina Sofía. Tudela*
Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA*

El codo de niñera supone una cuarta parte de todas las lesiones del codo que se producen en niños menores de 10 años de edad. La edad media de presentación es de dos a tres años, más frecuente en niños que en niñas y con más incidencia en el codo izquierdo.

Es más frecuente en niños con articulaciones más laxas. También se denomina codo extraído, codo deslizado, codo de niño o codo de llanto repentino. Técnicamente se produce por subluxación de la cabeza del radio.

¿Qué es el codo de niñera?

El codo de niñera se produce cuando el radio (el hueso que se encuentra en el antebrazo siguiendo el sentido del pulgar), se desplaza de donde normalmente se une a la articulación del codo.

¿Cuál es la causa?

Se produce porque al levantar brusca y enérgicamente al niño tomado de la mano o el antebrazo con la extremidad extendida el radio se "sale " del ligamento que lo sostiene en el codo. Otro mecanismo de producción de la misma lesión es cuando un niño gira sobre sí mismo a causa de una caída, o de un tirón o cuando se lo hace dar vueltas tomado de la mano.

Al estar el radio fuera de la articulación se bloquea el movimiento de prono-supinación de la mano y muñeca (mano hacia arriba supinación y hacia abajo pronación) y es doloroso cualquier intento de movimiento.

¿Cuáles son los síntomas del codo de niñera?

Es característico el dolor y llanto del niño tras la tracción violenta del brazo y, en ocasiones, permite notar una sensación de desgarro a la persona que lleva al niño a nivel de la muñeca, aunque ésta articulación no es la afectada. Típicamente el niño se niega a mover el brazo y mantiene el codo entendido y la extremidad pegada al cuerpo..

Debido a que estos síntomas pueden parecerse a los de otras condiciones o problemas médicos de mayor importancia se sugiere siempre consultar al médico para el diagnóstico.

¿Cómo se diagnostica el codo de niñera?

El diagnóstico es clínico. Por lo general, con el interrogatorio es suficiente para saber el mecanismo de producción, lo que nos orientará hacia esta patología. Al explorarlo: dolor a la presión de la cabeza del radio y se niega a movilizar el codo. No es necesario realizar radiografías de forma rutinaria, sin embargo, si el mecanismo de producción es poco claro pueden solicitarse para descartar otras patologías.

Tratamiento del codo de niñera

El tratamiento específico será determinado por la edad del niño, su estado general de salud y su historia médica. También por el cómo se ha producido el accidente.

El tratamiento puede incluir analgésicos, pero en muchos casos basta con la realización de "maniobras de reducción" del hueso luxado. Estas siempre deben ser cumplimentadas por personal adiestrado ya que de no realizarlas correctamente pueden causar mayor daño a la articulación.

Tras la reducción, el niño cesa de llorar. La reducción puede comprobarse ofreciendo al niño algún objeto para que lo coja con la mano lesionada pero que se vea obligado a flexionar el codo.

No suele ser necesaria la inmovilización posterior. Si tras la reducción persiste la impotencia funcional del brazo, se coloca un cabestrillo hasta que el niño recupere su movilidad normal, lo que suele ocurrir unas pocas horas tras la reducción.

Tener en cuenta que el episodio puede recurrir si se repiten las causas que lo originan, aunque estadísticamente y por el propio desarrollo del niño la tendencia de que aparezca a partir de los 5 años es menos probable.

Criterios de remisión

- Imposibilidad para reducirla tras dos o tres intentos. La pronación dolorosa irreducible es excepcional, pero puede haberse confundido con otro proceso.
- Persistencia del dolor y de la actitud con el miembro superior inmóvil y pegado al cuerpo, tras la reducción.
- Recidiva de la pronación. Debe ser valorada por un traumatólogo, por si prescribe inmovilización de la extremidad.

Seguimiento clínico posterior y prevención

- No se precisa ningún seguimiento tras el primer episodio.
- Se ha de informar a los padres del mecanismo lesional para evitar su recidiva (ayudar al niño a subir las aceras y escalones cogiéndolo por las dos manos).
- En caso de frecuente recidiva (tres o más), ha de ser derivado a traumatología por si precisase inmovilización y posterior estudio de estabilidad articular.

Recuerde!

- La pronación dolorosa es una lesión banal que cura muy bien y que, excepcionalmente, deja secuelas.
- Acuda al médico si persiste el dolor y la ausencia de movimiento en el brazo lesionado. Puede que la reducción no haya sido completa y precise repetirla.
- Observe al niño durante unos días sin que se dé cuenta, para evitar que utilice la lesión para llamar su atención. Si usa su brazo progresivamente con normalidad es que todo va bien.
- Hay que ayudar al niño a subir las aceras y escalones cogiéndolo por las dos manos. Si se evita este mecanismo no volverá a producirse esta lesión.

El síndrome postvacacional... ¿Qué me está pasando?

Susana Clemos Matamoros. Medicina Interna CHN-B

El síndrome postvacacional, se puede definir como el estado que se produce en el trabajador al fracasar el proceso de adaptación entre un periodo de vacaciones y de ocio con la vuelta a la vida activa, produciendo molestias que nos hacen responder a nuestras actividades rutinarias con un menor rendimiento.

Este síndrome hace referencia a un estado de malestar genérico, con síntomas tanto psíquicos como físicos, afectando principalmente a personas jóvenes, menores de 45 años. También estos síntomas pueden aparecer en niños ocasionados por la vuelta al colegio, después de las largas vacaciones de verano, aunque en ellos es menos frecuente sobre todo si el niño se encuentra a gusto en el colegio.

Durante el periodo de vacaciones, mucha gente aprovecha para relajarse, para ir a la playa, escaparse a la montaña alejado del mundanal ruido, o hacer el viaje de sus sueños a la otra punta de la tierra. Sin embargo, cuando volvemos de nuevo a la rutina, seguro que muchos de vosotros sufriréis el citado "síndrome post-vacacional", una afección que sufren más del 60% de los españoles que vuelven a casa tras el verano.

Los síntomas a nivel físico se pueden presentar en forma de cansancio, fatiga, falta de apetito, sueño, dificultad para la concentración e incluso se puede llegar a tener «molestias estomacales o musculares». Además, a nivel psicológico se puede apreciar una conducta de «falta de interés, irritación, nerviosismo, tristeza o falta de motivación», añade.

Y ahí va la pregunta del millón….

¿Formas tú parte de este tanto por ciento y por tanto quieres que la vuelta al trabajo sea lo menos traumática posible? Pues entonces presta atención a los siguientes consejos que te mostramos a continuación. Seguro que así vuelves con energía mucho más positiva.

1. Vete acostumbrado a los horarios. En verano, siempre tendemos a levantarnos cuando nos place, y cuando volvemos tan repentinamente al trabajo, nos cuesta un mundo madrugar. Por ello, se antoja importante que una semana antes de volver a la rutina, acostumbres a tu cuerpo a levantarte un poco antes de lo normal. Un día sal de la cama 1 hora antes de lo habitual, al día siguiente 2 horas... y así sucesivamente. Seguro que de esta forma te será mucho más fácil levantarte cuando sea necesario.

2. Que hayas vuelto a la rutina no implica que tengas que caer hasta el fondo en ella; me explico; cuando retomamos nuestros respectivos quehaceres profesionales, se tiende siempre a caer a la rutina. Se coge siempre la misma ruta, se habla con la misma gente, se come en los mismos sitios... Esto provoca cierto sentimiento de tristeza que hace que echemos de menos nuestras vacaciones. Para evitar esto, no estaría de más que hicieses cosas fuera de lo normal como apuntarse a nuevos deportes, hacerte con nuevos hobbies, y por supuesto, darte una pequeña escapada durante el fin de semana, no solo hay que viajar en vacaciones, lo pequeños viajes de fin semana están llenos de posibilidades.

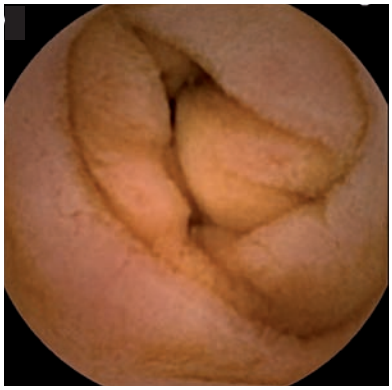
3. Pensamiento en positivo. Como es normal, justo antes de volver al trabajo, no paramos de pensar en "todo lo que se nos viene encima". Reuniones, discusiones con el jefe, horarios estrictos... Todo esto hace que surja un estrés añadido. Ante esto, lo primero que tienes que hacer es tranquilizarte y sosegarte. Que lo vivas con ansiedad no va a hacer que vaya a ser mejor, simplemente será igual que como lo dejaste. Es también importante que te organices con todo lo que tengas que hacer antes de volver al trabajo. Así evitarás agobios que lo único que harán es desconcentrarte.

4. No dejes de hacer las cosas que hacías en las vacaciones. Hay cosas que solo solemos hacer cuando estamos de vacaciones, como por ejemplo ir a la piscina, pasear por la playa, o ir de compras para después tomarnos un helado con un amigo. ¿Por qué no haces también esto cuando vuelvas a la rutina? De esta forma la vuelta a tus obligaciones no será tan traumática y estresante. Y es que gracias a estos pequeños placeres, conseguirás una pizca de felicidad. Además, así también conseguirás relajarte y desconectar un poco de todo lo que te rodea.

Es importante acostumbrarse a ciertos hábitos unos días antes de volver al trabajo. Seguro que si los ponéis en práctica, volveréis a la rutina diaria con las pilas bien cargadas y con ganas de comeros el mundo.

«Es necesario ver el trabajo como algo positivo, y saber que nos podemos ir de vacaciones gracias a que tenemos un trabajo».

Cápsula endoscópica



mucosa del ID

Cápsula endoscópica de intestino delgado

Marta Montañés Guimerá, Yoana Martínez Cilleros, Lucía Diez de Arizaleta
Enfermeras del Servicio de Endoscopias del Complejo Hospitalario de Navarra

La cápsula endoscópica de Intestino Delgado (ID) es una técnica diagnostica que permite visualizar la mucosa del ID en su totalidad. El funcionamiento de la cápsula consiste en tomar imágenes a lo largo de todo el ID para crear un vídeo. Este será visualizado por un especialista que posteriormente emitirá un diagnóstico.

Su uso está indicado en anemias, hemorragias digestivas, pólipos y neoplasias del ID. Es muy útil, además, para el diagnóstico y seguimiento de Enfermedades Inflamatorias intestinales (Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa).

Preparación para el procedimiento

- Si estuviese en tratamiento con hierro oral tendrá que suspenderlo al menos 10 días antes.
- El día anterior se llevará una dieta líquida desde la merienda.
- El día de la prueba acudirá en ayunas de 8 horas.
- Acudir con ropa holgada.

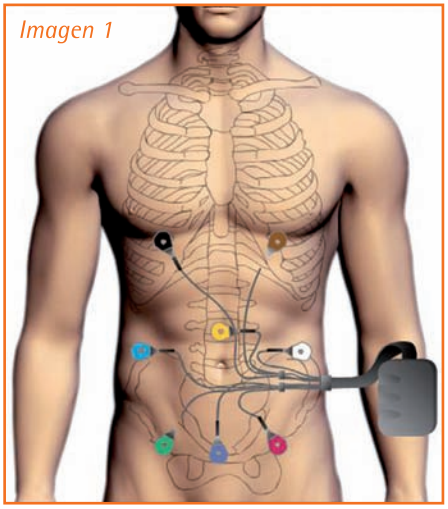


Imagen 1

El procedimiento

La enfermera colocará un cinturón o bien unos sensores adheridos (Imagen 1) a la piel del abdomen del paciente. Estos serán los encargados de recoger la señal de la cápsula.

Imagen 2

Imagen 3

Imagen 4

A continuación se conectarán los sensores al registrador (Imagen 2 y 3) que grabará las imágenes del recorrido de la cápsula. Este aparato se llevará colgado como una bandolera (Imagen 4).

Con todo el aparataje ya colocado procederemos a sacar la cápsula de su envoltorio. El paciente la tragará con el mínimo de agua posible.

Una vez que se ha ingerido la cápsula se comprueba que haya pasado al estómago a través de la pantalla digital del registrador identificando la mucosa gástrica.

Despúes de todo esto el paciente podrá irse a su casa, volviendo cuando se hayan cumplido las 8 horas desde la ingesta de la cápsula para devolver el aparataje y proceder a la descarga del vídeo.

Cuidados después de la ingesta de la cápsula

Durante las dos primeras horas desde la toma de la cápsula, el paciente se mantendrá en ayunas. Una vez cumplidas las 2 horas se podrán tomar líquidos claros, siempre que no sea leche. A las 4 horas se podrá tomar un tentempié ligero. Cuando hayan pasado las 8 horas que dura el procedimiento se podrá volver a la dieta habitual.

Debe observar periódicamente que la pequeña luz en la parte superior del aparato parpadea.

Se podrá realizar vida normal, teniendo en cuenta que hay que intentar evitar lugares que tengan fuente de campos electromagnéticos (Resonancia Magnética, equipos de radioaficionado) para que no se produzcan interferencias en la grabación.

La cápsula se eliminará junto con las heces.

Conclusión

Es una gran alternativa a la Enteroscopia, la cual supone una prueba invasiva que es necesaria realizarla bajo sedación.

Se trata de un procedimiento muy cómodo ya que no requiere una gran preparación y a pesar de durar 8 horas no es necesario que el paciente permanezca durante este tiempo en el hospital.

Repercusiones de la hipoacusia en el colegio

Dr. Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL-Infantil. CHN*
Dra. Almudena Rodríguez de la Fuente. *MIR Otorrinolaringología. CHN*

La audición, es el modo habitual de adquirir el lenguaje hablado, siendo uno de los más importantes atributos del ser humano.

El lenguaje es el principal medio de aprendizaje en el niño y representa un papel decisivo en el desarrollo intelectual.
El oído es un sentido que no descansa en ningún momento (incluso durante el sueño) desde el nacimiento hasta la muerte. Se considera que el 75% de la información la recibimos por el oído.

¿Cuál es la incidencia de hipoacusia en nuestro medio?

- 1/1000 recién nacidos padece una hipoacusia severa o profunda.
- 5/1000 recién nacidos padece algún tipo de hipoacusia.
- El 3,6% de los escolares presenta algún tipo de hipoacusia .

¿Cómo podemos clasificarlas?

Según el momento de aparición

- **Prelinguales:** cuando aparecen antes de la adquisición del leguaje.
- **Postlinguales:** cuando el lenguaje ya se ha desarrollado.

Según la intensidad

- **Leves:** pérdida entre 20 y 40 dbs.
- **Medias o moderadas:** pérdidas entre 40 y 70 dbs.
- **Severas:** pérdidas entre 70 y 90 dbs.
- **Profundas**: pérdidas de más de 90 dbs.

Según la localización

- **De transmisión:** la lesión se encuentra en el oído externo y/o medio.
- **Neurosensorial:** la lesión se encuentra en el oído interno y/o en el nervio auditivo.
- **Mixtas.**

Efectos en el colegio

La correcta audición tiene un papel decisivo en el desarrollo social, emocional e intelectual del niño.
Cualquier tipo de pérdida auditiva puede dar lugar a problemas de aprendizaje y de conducta. A veces, se pierden las instrucciones que se dan en clase, se malinterpreta la información que recibida y se produce cansancio con más facilidad.
El bajo rendimiento escolar y los problemas de comunicación, pueden conllevar una baja autoestima tendiendo al aislamiento.
Será labor de profesores, pediatras y fundamentalmente padres el tener presente la posibilidad de que una hipoacusia sea la responsable de ciertos problemas escolares.

Importancia del diagnóstico precoz

Cuanto antes se diagnostique y trate la hipoacusia del niño, mayor será la probabilidad de que desarrolle todo su potencial.
En general, se puede aplicar la frase de que "no hay un minuto que perder".

¿Cuándo realizar un examen auditivo en el niño?

- Cuando no responda a lo que se le dice.
- Pida que se le repitan las cosas.
- Empieza a hablar más tarde que el resto de sus compañeros.
- Busca a derecha e izquierda el origen do los sonidos.
- Tiene problemas de pronunciación.
- Ha padecido enfermedades que pueden producir hipoacusia.
- Tiene antecedentes familiares de hipoacusia.

Comportamientos habituales en niños con hipoacusia

- Pueden ser niños tristes.
- Pueden sentirse enfadados y frustrados.
- Pueden ser tímidos ya que no entienden bien todo lo que se les dice.
- Habitualmente están cansados ya que precisan un extra de atención .
- Se portan "mal", bien por aburrimiento (al no enterarse) o por frustración.
- Baja consideración personal al ver que no es capaz de realizar cosas que sus compañeros si pueden.

Complicaciones

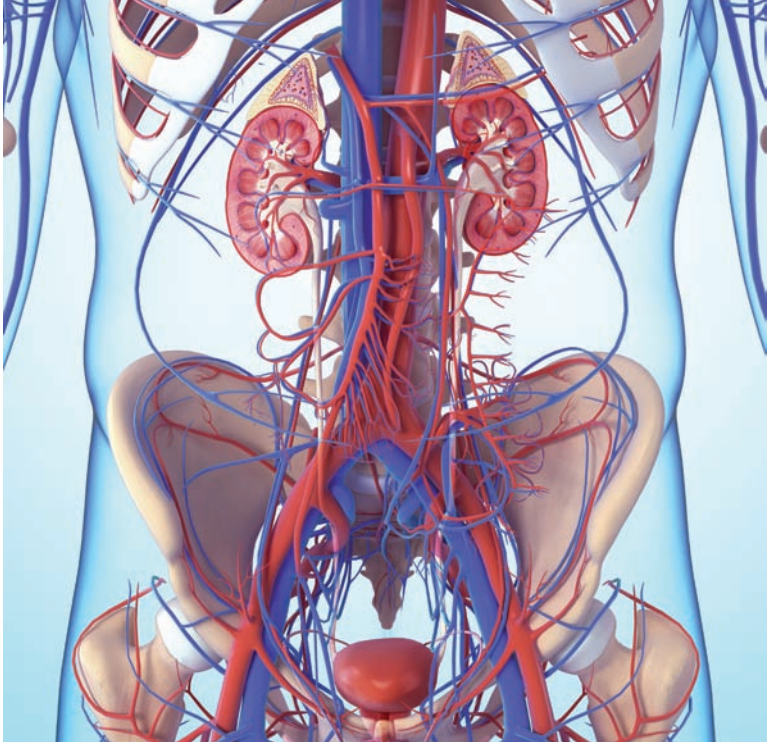
En el área del aprendizaje se va a producir un retraso en el colegio. Existirá una dificultad de memorizar y una falta de interés. El profesor puede detectar que el niño copia actitudes de sus compañeros y que le cuesta mucho aprender conceptos nuevos. Puede ser un niño retraído con tendencia al aislamiento.
En el área del lenguaje, el desarrollo será lento, utilizará frases muy sencillas. Pueden aparecer problemas de pronunciación, le costarán mas todas las actividades habladas.
Igualmente, esto conllevará dificultades en la lectura y en la escritura.
En las relaciones sociales, le costará mantener conversaciones largas, no participará, se distraerá con facilidad. No le atraerán las películas ni los cuentos relatados, preguntará mucho "¿qué?". Al no entender las ordenes, muchas veces no obedecerá y será etiquetado de movido, desobediente o distraído.

¿Cuáles son los signos de alarma?

2 meses: no reacciona ante ruidos altos repentinos.
6 meses: no emite ruidos, ni balbuceos.
12 meses: no reconoce su nombre.
15 meses: no imita palabras simples.
24 meses: no dice 10 palabras.
36 meses: no hace frases de 2 palabras.
48 meses: no realiza frases sencillas.

Conclusión

La hipoacusia es especialmente importante en la infancia ya que afecta directamente al desarrollo intelectual y social del niño. La detección precoz y su tratamiento resultan de vital importancia para el pronóstico.
La buena noticia es que hay tratamientos eficaces para la hipoacusia con los que se pueden superar todos los problemas descritos.
El especialista en otorrinolaringología tiene en la actualidad los recursos para un diagnóstico y tratamiento correcto.



Litiasis renal

Castaño Bilbao I, Carmona Lorusso O, Fernández Lorente L, Izquierdo Bautista I.
Servicio de Nefrología
Complejo Hospitalario de Navarra

La litiasis renal es un trastorno muy frecuente, más conocido como cálculos, y cuya manifestación clínica habitual es el cólico renal.

La litiasis renal es una enfermedad causada por la formación de piedras o cálculos en el riñón o en las vías urinarias. El aparato urinario es el encargado de eliminar la orina. Está formado por dos riñones, dos uréteres, una vejiga y una uretra (ver figura 1). Una vez formada la orina a nivel renal, se transporta por los uréteres hacia la vejiga donde se almacena, y se elimina por la uretra. La orina es una solución que dependiendo de su composición y pH facilita la precipitación de sales de calcio, oxalato, ácido úrico, fósforo o cistina. Según la localización del cálculo se denomina litiasis renal o vesical.

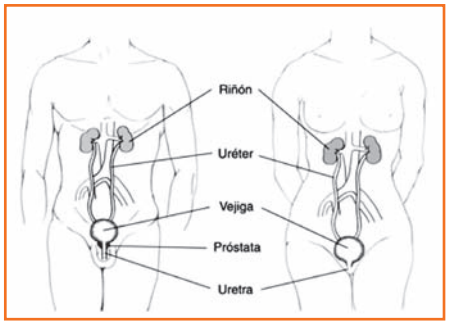


Figura 1. Aparato en el hombre y en la mujer.

El cólico renal o nefrítico es un dolor causado por una obstrucción parcial o completa de los uréteres o de la uretra, que en la mayoría de los casos suele ser debida a un cálculo, provocando dolor al aumentar la presión en las paredes de las vías urinarias para vencer ese obstáculo.

¿A quién afecta?

La litiasis renal es una afección muy frecuente, afectando a más de un 12% de la población, aproximadamente la mitad de los pacientes sufren un nuevo episodio en menos de 5 años, el 60% a los 8 años, y hasta el 90% lo sufren a los 25 años. La frecuencia es mayor por la mañana, por la menor producción de orina por la noche, y durante las estaciones calurosas por la sudoración intensa. La incidencia de los cálculos renales está en aumento, se asocia al desarrollo económico y está muy relacionado con una dieta rica en proteínas y sal. Entre el 25-40 % de los pacientes que presentan cólicos renales de repetición tienen historia familiar de cálculos renales.

¿Por qué se forman los cálculos?

La formación de los cálculos es un proceso muy complejo donde influyen diferentes factores. La etapa inicial es la aparición de la fase sólida o nido del cálculo, formado por los cristales de cada sal (calcio, ácido úrico, oxalato,...). Una vez que se ha formado el nido, éste alcanza el tamaño suficiente para alojarse en el tracto urinario gracias a su crecimiento y agregación de más cristales. La formación de cálculos también puede deberse a la falta de inhibidores de la cristalización, que son sustancias presentes normalmente en la orina que actúan impidiendo que se formen o se unan los cristales. Entre estos inhibidores destacan el citrato y el magnesio. Finalmente, factores secundarios como alteraciones anatómicas, infecciones o medicamentos poco solubles en la orina también pueden contribuir.

Hay diferentes tipos de cálculos renales en función de las distintas sales que lo forman. Los más frecuentes son los de oxalato cálcico, seguidos de los de fosfato cálcico y de ácido úrico. Los de estruvita se asocian a infección urinaria, y los menos frecuentes son de cistina que se deben a un trastorno congénito poco frecuente del transporte de aminoácidos.

¿Cómo se diagnostica?

La manifestación más conocida de la presencia de litiasis es el cólico nefrítico. Se produce por un taponamiento en la salida de la orina, que dilata las vías urinarias, aumentando la presión en su interior; este aumento de presión estimula las terminaciones nerviosas de la cápsula renal, pelvis renal y uréter. Además el músculo que rodea la pared del uréter se contrae intentando expulsar la obstrucción, y si no lo consigue se produce un dolor tipo espasmo.

El diagnóstico se basa principalmente en una buena historia clínica y exploración física. Generalmente la clínica típica de presentación del cólico nefrítico consiste en un dolor brusco, de intensidad creciente llegando a ser muy intenso, lo que hace que el paciente no pueda quedarse quieto, y se encuentre angustiado. Puede durar minutos u horas, alternando momentos de mayor y menor intensidad, se puede repetir a lo largo de los días, y se alivia con la expulsión de cálculos o arenillas. El dolor se localiza en fosa lumbar, se irradia a la ingle del mismo lado, cara interna de los muslos y zona genital. Cuando el cálculo está próximo a la vejiga aparecen síntomas irritativos relacionados con la sensación de orinar: urgencia miccional, dolor, aumento de la frecuencia y sensación de tener ganas de orinar. En ocasiones se puede acompañar de sensación de palpitaciones, sudoración, náuseas y vómitos, presencia de sangre en la orina (hematuria) que se produce por lesiones del cálculo al pasar por la vía urinaria, o anuria (ausencia de orina).

Al explorar al paciente, la suave percusión en el lado afecto producirá dolor.

Una analítica sanguínea permite evaluar la función renal, y la analítica de orina ayuda a identificar tanto la presencia de cristales, como una posible infección urinaria asociada. Las exploraciones radiológicas permiten confirmar el diagnóstico. La radiografía simple de abdomen permite ver las litiasis que contengan calcio (radio-opacas).

Figura 2. Imagen de litiasis renal en una Rx simple de abdomen

La realización de ecografía renal es útil para ver los cálculos que sean pequeños (menores de 2 mm), los que no sean de calcio (radiotransparentes) y la presencia de dilatación de la vía urinaria.

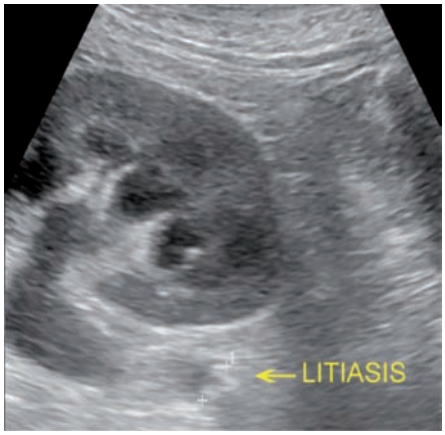


Figura 3. Litiasis renal en ecografía

¿Cómo se trata?

Los objetivos fundamentales del tratamiento son el buen control del dolor, para ello es necesaria la utilización de analgésicos y antiinflamatorios potentes, en ocasiones por vía endovenosa, y por otro lado conservar la función renal al solucionar la obstrucción de las vías urinarias. Si el cálculo es pequeño (menor de 5 mm) y se elimina fácilmente, se debe facilitar su expulsión bebiendo una importante cantidad de líquidos, realizando aporte por vía venosa, o a través de sustancias que disminuyan el espasmo. Si el cálculo es grande (mayor de 5-8 mm), o si son repetitivos su eliminación puede tardar, entonces se indica la realización de litotricia extracorpórea mediante ondas de choque (LEOC); consiste en la aplicación de unas ondas que rompen el cálculo desde fuera sin producir daño en los tejidos, las arenillas resultantes son eliminadas por la orina.

El estudio analítico de la litiasis renal, se realiza en la consulta de Nefrología, es una herramienta eficaz y segura en la prevención de nuevos episodios de litiasis.

Para evitar que se repitan se recomiendan una serie de medidas generales, que están basadas en consejos dietéticos y modificación de los hábitos de vida tales como: garantizar la ingesta de líquidos, frutas y verduras, realizar una dieta no abundante, variada, baja en sal y proteínas animales, que incluya una moderada cantidad de lácteos (2 o 3 raciones al día). Se debe evitar la vida sedentaria, el estrés, regular el hábito intestinal y prevenir la infección de orina.

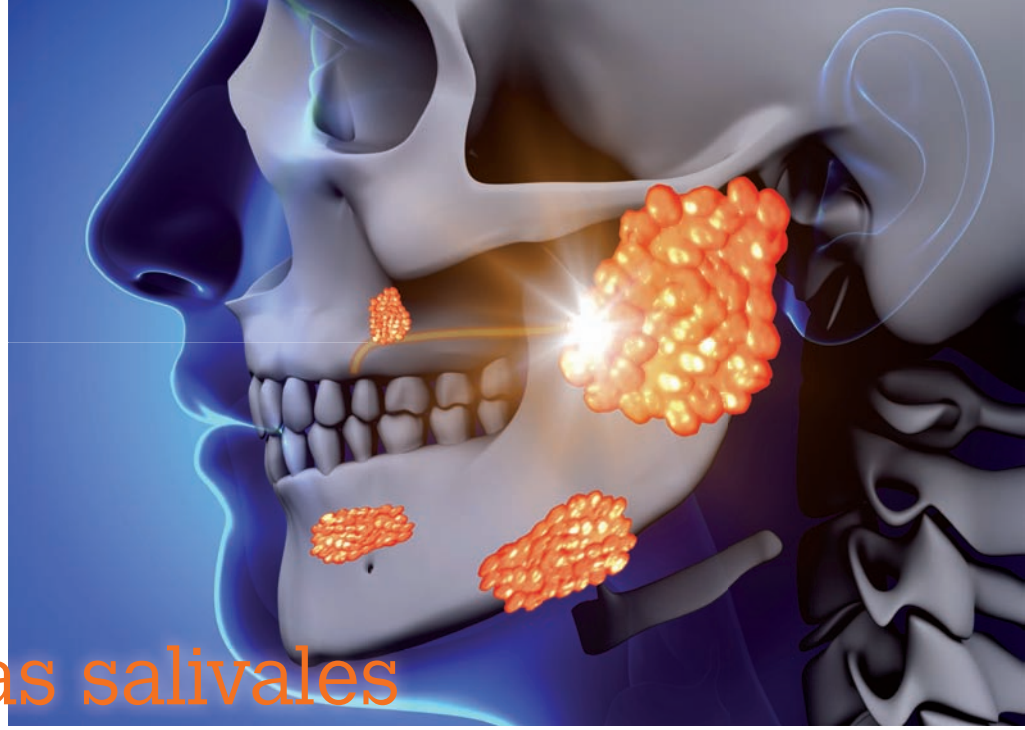
Si pese a estas recomendaciones se repiten los episodios de cólico renal se recomienda iniciar tratamiento farmacológico. Los medicamentos más utilizados son los diuréticos (para disminuir la eliminación de calcio), fármacos que disminuyen la eliminación de ácido úrico por la orina, y evitan la formación de cálculos como citrato potásico.

| cirugía plástica y estética | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas | clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas | formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona hospitalaria* revista y web

solicita tarifas redaccion@zonahospitalaria.com T 948 276 445



Conozcamos nuestro cuerpo: Las glándulas salivales

Dra. Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA*
Dra. Yolanda Martínez Cámara. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

Las glándulas salivales se localizan alrededor de la boca y producen la saliva que humedece los alimentos para ayudar con la masticación y la deglución.

Existen tres pares principales de glándulas salivales. Las más grandes son las parótidas, ubicadas una en cada mejilla sobre la mandíbula, frente a las orejas. Dos glándulas submandibulares en la parte posterior de la boca a ambos lados de la mandíbula. Dos glándulas sublinguales debajo del piso de la boca. También hay miles de glándulas salivales menores alrededor del resto de la boca.
Todas ellas vacían saliva en la boca a través de conductos que desembocan en los diferentes lugares donde se localizan.
Pueden verse afectadas por diversas enfermedades:

- Enfermedades Inflamatorias/ Infecciosas.
- Enfermedades Tumorales.
- Cálculos en los conductos de drenaje de la saliva.
- Malformaciones.
- Enfermedades autoinmunes.

Enfermedades Inflamatorias/Infecciosas

- **Parotiditis.** Es una enfermedad infecto-contagiosa aguda (la más frecuente de estas glándulas) cuya característica principal es la tumefacción de las glándulas salivares, especialmente las parótidas. Habitualmente ha afectado sobre todo a los niños entre 5 y 14 años, pero por efectos de la vacunación en la infancia se ha desplazado esta frecuencia mayor en edades de adolescencia y adultos jóvenes.

Un 40 % de los pacientes puede presentar una infección inaparente.
De *causa viral* que se transmite de una persona a otra por medio de las gotitas de saliva con un período de incubación de aproximadamente 12 a 24 días.
El único reservorio y hospedador del virus de la parotiditis es el ser humano.
Síntomas. El aumento de volumen doloroso de las parótidas es característico y frecuente (más del 70 % de los casos). Entre un 30-40% de los casos afecta sólo una glándula, pero en la mayoría de los casos es bilateral desde un principio.
Aparece además: fiebre moderada, dolor de cabeza, malestar general, falta de apetito y dolor abdominal. La fiebre cede en el transcurso de una semana, antes de que desaparezca la tumefacción de la glándula que puede requerir más de 10 días.
Debe aislarse al paciente en el período contagioso.
Diagnóstico. Los síntomas y el examen físico suelen ser suficientes para el diagnóstico sin necesitar otros exámenes.
Tratamiento. Sintomático. No son recomendables los antibióticos, salvo en el caso de complicaciones bacterianas supurativas en las parótidas. Se pueden recomendar analgésicos en casos de dolor y antitérmicos si se presenta fiebre alta. Evitando la administración de Aspirina.
Complicaciones. Infecciones secundarias en el Sistema Nervioso (encefalitis, meningitis, inflamación de nervios faciales o nervio auditivo. El pronóstico en estos casos es muy bueno y la recuperación total). Inflamación de los testículos (hasta un 50% de los casos, no suele aparecer en enfermos menores de 10 años). Inflamación del páncreas (aparece dolor abdominal, escalofríos, fiebre y vómitos). Se relaciona con diabetes infantil.
Prevención. La única forma es mediante la vacunación sistemática durante la infancia, actualmente practicada con la vacuna triple vírica.

- **Sialoadenitis aguda bacteriana.** Afectación difusa de la glándula, generalmente unilateral, con mayor afectación de la Parótida. Más frecuente en pacientes post-operados, deshidratados, inmuno-deprimidos, ancianos, prematuros o lactantes. Sólo el 20% de los casos son bilaterales.

Causa: Bacterias como Estafilococo o estreptococo entre otros gérmenes.
Síntomas. Síndrome febril, tumefacción, dolor, trismus (limitación a la apertura bucal), signos inflamatorios locales, salida de material purulento por el conducto excretor.
Diagnóstico. Por los síntomas y se confirma la infección bacteriana mediante Cultivos de las secreciones. Estudios radiológicos como la Sialografía no debe realizarse en episodio agudo.
Son indicaciones de ingreso hospitalario en casos de paciente anciano deshidratado o con enfermedad crónica o que desarrolle un absceso o se extienda por la zona cervical.
Tratamiento. Previa valoración médica se indicarán Antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, adecuada hidratación y si asocia absceso se indicará drenaje del mismo.
Complicaciones. Necrosis glandular, parálisis facial, fístulas.

Enfermedades Tumorales

Pueden afectar tanto a la propia glándula como a los conductos de drenaje y tener un origen "in situ" o ser secundarias a otras tumoraciones. Son por lo general poco comunes.
El 75% de los mismos afecta a la Parótida y un 80% de estos son Benignos. Las Glándulas submaxilares se afectan en un 15% y el 60% de estos tumores también son Benignos. Sólo el 10% afecta a las glándulas accesorias, pero cerca de un 60% son Malignos.

El 5% del total se observa en niños, con datos de malignidad en el 35% de ellos .
El tipo de tumor de los conductos salivales más frecuente es el Benigno y son aún menos comunes que los glandulares y se ha visto poca incidencia en los niños.
Causas. Poco es lo que se conoce sobre su causa. el tabaco y el alcohol no se relacionan con el desarrollo de cánceres salivales ni tampoco se los asocia con una historia de parotiditis, litiasis o traumatismos como factores predisponentes.
Síntomas. Se presenta habitualmente como un aumento de volumen firme y por lo regular indoloro en una de las glándulas salivales (en frente de las orejas, bajo el mentón o sobre el piso de la boca) que aumenta gradualmente de tamaño. O directamente puede manifestarse como una complicación asociada que es la Parálisis facial (10-15% de los casos).
Las ulceraciones de la cavidad oral pueden corresponder a cáncer de las glándulas salivales menores.
Diagnóstico. El examen físico debe incluir la inspección de la cavidad bucal y de la orofaringe. El oído, la nasofaringe, los nervios craneanos, el cuello y la piel local deben examinarse para detectar cualquier extensión del tumor.
La palpación de la zona indurada y aumentada de tamaño hace sospechar este origen. Generalmente son más palpables que visibles y se confirman/descartan mediante pruebas de imagen (Radiografías: Sialograma o Sialografía; Ecografía; Scaner o Resonancia magnética).
La biopsia es el complementario que nos permite determinar si estamos en presencia de un tumor Benigno y Maligno.
El dolor ocasional acompañado de tumefacción glandular sugiere un proceso inflamatorio o una obstrucción al flujo de saliva antes que una neoplasia.
Los casos con dolor continuo o déficit nervioso son poco frecuentes y están siempre relacionados con un proceso maligno. El dolor se presenta entre el 10 y el 30% de los pacientes con cáncer de parótida, mientras que lo manifiestan sólo el 7% de los enfermos con cáncer de la glándula submaxilar.
Tratamiento. Generalmente quirúrgico de la glándula afectada para ambos tipos de tumores (Benignos o Malignos), en los casos de tumores malignos la Radioterapia o la Quimioterapia pueden asociarse a la cirugía.
Complicaciones. Dependiendo de su malignidad pueden metastizar (extenderse) a otros órganos y puede originar parálisis facial permanente.
Pronóstico. Bueno, dado que la mayoría de los tumores son benignos y de crecimiento lento. En el caso de malignos dependen de la extensión del mismo.

Cálculos en los conductos de drenaje de la saliva

Es su afectación más frecuente. Denominadas **Sialolitiasis** y se deben a presencia de una masa calcificada dentro de los conductos o dentro de la propia glándula. El 90% de ellos afectan a la glándula submaxilar. La parótida los desarrolla con menos frecuencia.
Compuestos generalmente por Sales de calcio. Mayor incidencia en edades medias de la vida sin predominio de sexos.
Síntomas. Se produce un bloqueo parcial o total del drenaje de la saliva con aumento progresivo del tamaño glandular en relación con las comidas. Suele desaparecer y recidivar. En ocasiones se acompaña de dolor cólico en la zona.
Diagnóstico. Por los síntomas y se confirma mediante Ecografía, Sialografía o TAC.
Tratamiento. Según se valore cada caso se pueden administrar analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (Ibuprofeno, Diclofenaco, etc), Corticoides (Prednisona) y hasta antibióticos si asocia infección.
En ocasiones es útil el tratamiento quirúrgico o la litotricia en casos de cálculos enclavados y de difícil eliminación.

Malformaciones

Son raras, pero en ocasiones aparecen alteraciones del desarrollo (Aplasia o hipoplasia, Fístulas, Quistes) que se manifiestan por alteraciones en la producción o la eliminación de la saliva.
El tratamiento según el caso puede ser quirúrgico.

Enfermedades autoinmunes

Síndrome de Sjögren. Se trata de una enfermedad autoinmune en la que el cuerpo comienza a atacar a las glándulas que producen las lágrimas y la saliva. Este trastorno puede afectar a otras partes del cuerpo, por ejemplo, los riñones y los pulmones.
Causas. Se desconoce la causa del síndrome de Sjögren. Es un trastorno autoinmunitario, donde el cuerpo ataca por error al tejido sano. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres de 40 a 50 años y es poco frecuente en niños.
Puede ser Primario o Secundario a otras enfermedades inmunológicas (Polimiositis, Artritis Reumatoide, Esclerodermia, Lupus Eritematoso sistémico...).
Síntomas. Oculares: ardor, sensación de cuerpo extraño en el ojo. De boca y garganta: dificultad para comer y tragar. Pérdida del sentido del gusto. Dificultad para hablar, saliva espesa y en hilos, dolor o úlceras bucales. Ronquera. Otros: fatiga, fiebre, cambio de color de manos y pies, dolores o inflamación articular, ganglios inflamados.
Diagnóstico. Se hacen exámenes específicos sanguíneos para descartar asociación con las otras enfermedades autoinmunes y se valoran las características de la saliva o la lágrima. En algunos casos es necesaria la realización de Biopsia de las glándulas salivales.
Tratamiento. Encaminado a corregir los síntomas que se presentan. Puede ser tratamiento médico o Quirúrgico.
Complicaciones. Lesiones oculares, caries dental, Asociación con otros tumores (Linfomas), Infecciones pulmonares, Insuficiencia renal o Vasculitis (raras).
Pronóstico. No se trata de una enfermedad potencialmente mortal y su pronóstico depende de si es primaria o secundaria.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA
Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web
www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico

Vuelta al cole: la visión y su relación con el aprendizaje

Begoña Pérez Armendáriz
Optometrista Comportamental en Óptica Egüés
Teléfono cita previa: 948 127 805

Egüés óptica Centro Auditivo
Mayor, 31 | 31600 Burlada | 948 127 805
info@opticaeques.es | opticaegues.es

Las dificultades visuales de los niños se traducen muchas veces en bajo rendimiento en el colegio. El 30 por ciento del fracaso escolar está relacionado con anomalías visuales y uno de cuatro niños en edad escolar sufre un problema de visión sin diagnosticar. Muchas veces se podría evitar visitando a un Optometrista Comportamental.

La visión, un sentido muy interesante y desconocido. Visión no es sinónimo de vista. La visión se podría definir como la capacidad para comprender lo que vemos. Es un proceso dinámico, de organización, interpretación y compresión. Los ojos son los órganos de recepción de estímulos visuales, pero solamente comprendemos y aprendemos a través de la visión recreada en el cerebro. El optometrista comportamental es el encargado de evaluar la visión de las personas viendo a la persona como un conjunto, en su totalidad y no sólo evaluando sus ojos.

Para anticiparnos a posibles problemas de visión los optometristas recomiendan revisiones visuales anuales y por supuesto, antes de comenzar el proceso de la lectoescritura.

En un examen visual completo se examinan los movimientos oculares, la acomodación, la agudeza visual de lejos y de cerca y la graduación o error refractivo (miopía, hipermetropía, astigmatismo) de la persona, la coordinación de los dos ojos, la coordinación ojo-mano etc. Además de evaluar la eficacia del sistema visual es posible evaluar cómo se procesa la información visual mediante unos test perceptuales y comprobar si existen dificultades en la discriminación visual, memoria visual etc.

A continuación, una lista de signos o síntomas ante los que sospechar de un posible problema visual:

- Se acerca mucho al papel
- Se frota los ojos a menudo
- Ve doble o borroso al leer
- Se queja de dolores de cabeza al final del día o tras leer
- Mueve la cabeza cuando lee o sigue la línea de la lectura con el dedo
- Se pierde frecuentemente o se salta de línea
- Problemas para concentrarse o cortos periodos de atención
- Confunde letras o palabras similares o invierte letras
- No le gusta leer ni escribir y comete muchas faltas de ortografía
- Guiña o tuerce un ojo

Ante estos signos y síntomas considere un examen visual completo en Óptica Egüés.

Nuevo servicio de Optometría Avanzada y Terapia Visual comportamental

Cuando hay habilidades visuales afectando en el desarrollo académico y en la calidad de vida uno de los nuevos tratamientos que ofrecemos es la terapia visual. Consiste en un programa individualizado diseñado para mejorar la función visual de la persona. Recuerde que se puede aprender a ver y potenciar el sistema visual. Está indicado para:

- Estrabismo
- Disfunción de la ineficacia de sistema binocular o uso coordinado de los dos ojos
- Ambliopía / ojo vago
- Disfunción de los movimientos oculares
- Desórdenes del sistema acomodativo o problemas de enfoque
- Desórdenes en el procesamiento de la información visual
- Rehabilitación visual después de un traumatismo craneal.

Nueva sala de terapia visual

Comercial
Médica y de Laboratorio

MATERIAL PARA LABORATORIOS
CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES
PRODUCTOS PARA ANÁLISIS
QUÍMICOS Y CLÍNICOS

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona
Apartado de Correos 125 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 / 948 14 23 96 • F. 948 22 05 85
info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es

Todas las ayudas para tu baño para tu comodidad y seguridad

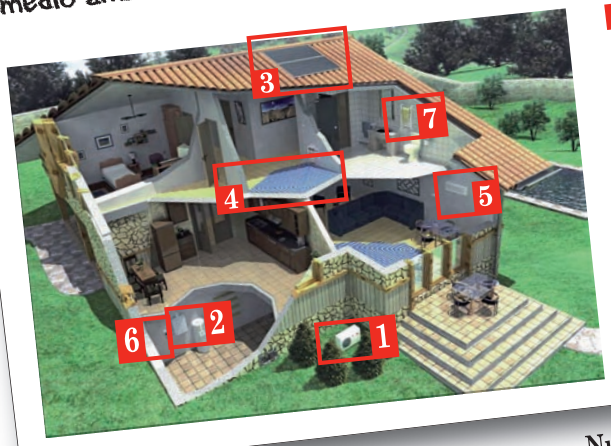
En octubre y noviembre financiación hasta 12 meses sin intereses

En cerámicas, duchas, sanitarios, grifería, mobiliario, mamparas, accesorios...
Las mejores marcas a los mejores precios

Mes de la calefacción

...y en tu hogar: ahorrar energía

Déjate asesorar por profesionales, sobre cuáles son los sistemas de ahorro energético más adecuados a tu vivienda, que tengan en cuenta la protección al medio ambiente, la normativa vigente y sepan intergrarlo con el estilo de tu hogar.



1. BOMBAS DE CALOR
   - GAS (AIRE ACONDICIONADO)
   - AGUA-AGUA (GEOTÉRMICAS)
   - AIRE-AGUA (AEROTÉRMICAS)
2. INTERACUMULADORES Y/O ACUMULADORES REGULACIÓN Y CONTROL
3. ENERGÍA SOLAR TÉRMICA
4. SUELO RADIANTE
   - CALEFACCIÓN
   - REFRIGERACIÓN
5. DESHUMIDIFICACIÓN
6. CALDERAS
   - GAS
   - GASÓLEO
   - ELÉCTRICAS
   - BIOMASA
7. RADIADORES
   - ALUMINIO
   - HIERRO
   - DISEÑO

Nuevo horario en OCHOA•LACAR de Agustinos: de 7:30 a 19 h.

OCHOA·LACAR

ALGECOSA

EXPOSICIÓN Y TIENDA
Navas de Tolosa, 5 • 31002 PAMPLONA
T. 948 227 244 • F. 948 225 426

ALMACENES, ADMINISTRACIÓN Y TIENDA
Pol. Agustinos, C/ B/F • CP 31013 Pamplona
T. 948 303 032 • F. 948 302 430

EXPOSICIÓN DE BAÑOS
Capuchinos, 9 • 31500 TUDELA-NAVARRA
T. 948 848 131 • F. 948 848 958

ALMACENES Y ADMINISTRACIÓN
Ctra. Zaragoza Km. 98 • 31512 Fontellas - Navarra
T. 948 823 300 • F. 948 823 512